

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE (ANEAH)
PERFORMANSA DAYALI ÇALIŞMA UYGULAMASI ÖNCESİ VE
SONRASI DÖNEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Aziz Okay TABUK

**Sağlık Yönetimi Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2010**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE (ANEAH)
PERFORMANSA DAYALI ÇALIŞMA UYGULAMASI ÖNCESİ VE
SONRASI DÖNEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Aziz Okay TABUK

**Sağlık Yönetimi Programı
DOKTORA TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

ORTAK TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sarp ÜNER

**ANKARA
2010**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma Jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Çağatay Güler
Hacettepe Üniversitesi



.....
Danışman : Prof. Dr. Zafer Öztek
Hacettepe Üniversitesi



.....
Üye: Prof. Dr. Hilal Özcebe
Hacettepe Üniversitesi



.....
Üye: Doç. Dr. Banu Çakır
Hacettepe Üniversitesi



.....
Üye: Doç. Dr. Mustafa İlhan
Gazi Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. Orer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Zafer Öztekin, tez danışmanım ve Doç. Dr. Sarp Üner ortak tez danışmanım olarak çalışmaya yol gösterici katkılarda bulunmuşlardır.

Sayın Prof. Dr. Çağatay Güler, Prof. Dr. Hilal Özcebe ve Doç. Dr. Songül Acar Vaizoğlu tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlamışlardır.

Sayın Dr. Tülay Bağcı Bosi çalışmanın istatistik analiz bölümünde değerli katkılar sağlamışlardır.

Sayın arkadaşlarım Dr. Ersin Topcuoğlu, Dr. Cenap Yıldırım ve Dr. Güneş Gür çalışmanın birçok aşamasında değerli katkılar sağlamışlardır.

Tez çalışmam esnasında sevgili eşim Meltem, çocuklarım Denizhan ve Alize sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuşlardır.

ÖZET

Tabuk O., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (ANEAH) Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemlerin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Sağlık Yönetimi Programı Doktora Tezi Olarak Hazırlanmıştır, Ankara 2010.

18/11/2002 tarih ve 25299 sayılı yönerge ile Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Kurumsal Kaliteyi Geliştirme" projesi çerçevesinde performansa dayalı hizmet modeli Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda uygulamaya konmuştur. Bu tezin genel amacı söz konusu projenin sonuçlarının ANEAH'de ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Tezin dayandığı düşünce şudur; Performansa dayalı hizmet sunum modeli sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğini ve hem hizmet alan hem de hizmet sunan kesimin memnuniyetini arttırmaktadır. Araştırmada yeterli sayıda sağlık personeli unvan gruplarına göre Tabakalı Rastgele Örnekleme yöntemiyle belirlenmiş, araştırma grubuna çıkan ve katılmayı kabul edenlere standart anket formu uygulanmıştır. Araştırma verilerine göre, performans öncesi ve sonrası bilgi ve beceri yetersizliği dışında çalışan memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan bu hizmet modeli çalışanlar arasında memnuniyeti anlamlı bir şekilde artırmamıştır. Bu araştırmada ANEAH'nin 2001- 2005 arası dönemdeki veri kayıtları incelenmiştir. Bu verilerin değerlendirilmesi sonucuna göre dört yıl süresinde toplam laboratuvar sayısı %16,3, poliklinik sayısı %35,8 ve toplam ameliyat sayısı ise %83,3 artmıştır. Ameliyat sayılarında, özellikle küçük ameliyat sayısındaki artışın oluşturduğu kullanılabilir yatak sayısı üzerine yaptığı baskı hastaların ortalama yatış süresinin 2001 yılına göre 2005 yılında %17,3 azalarak 8,1 güne düşmesinin bir nedeni olabilir. Küçük ameliyat sayılarındaki yaklaşık dört kat artışın bir başka nedeni ise performans sistemine geçişle birlikte personelin kişisel performansını da etkileyen bu tür hizmetlerin kayıt altına alınmasında gösterilen titizliktir. Tüm bu verilere bakıldığında performans uygulaması hastanenin ürettiği hizmetlerde belirgin bir artışa, dolayısıyla da bir verimlilik artışına neden olmuştur. Bu da projenin temel amaçlarından olan sağlık hizmetlerinin iyileştirmesi amacına en azından niceliksel açıdan ulaşılması için olumlu bir sonuçtur. Bu projenin çalışanlar açısından avantajı performans sonrası dönemde alınan döner sermaye miktarlarının artışıdır. Uzman hekim, idari personel, hemşire-sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanları unvan grupları aldıkları döner sermayeyi performans sonrası dönemde tatmin edici bulmaktadırlar.

Anahtar kelimeler: Performans değerlendirme, performansa dayalı ödeme, sağlık hizmet kalitesi, çalışan memnuniyeti.

ABSTRACT

Tabuk O., Evaluation of Ankara Numune Education and Research Hospital (ANERH) Performance Based Work Practice Before and After, Prepared as Doctoral Dissertation on Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ankara 2010.

In the frame of the Institutional Quality Development Programme that had begun with the regulatory stature of no 25299 and date 18/11/2002, The Ministry of Health launched the Performance Based Work Model in its institutes. The main objective of this thesis was to measure and evaluate the results of this project at the Ankara Numune Education and Research Hospital. The dissertation was based on the idea that performance based work model improves both the quality and quantity of health services, and also improves the satisfaction of both the service providers and clients. Number of employees: Known Universe ANERH study sample was calculated with the formula according to the sample size determined by stratified random sampling method and then a questionnaire was administered to those who agreed to participate in the study. The results reveals that there are no statistically significant differences before and after the performance based work model on the level of satisfaction of the service providers: This work model launched by the Ministry of Health has not increased the level of satisfaction among workers. This study has evaluated data throughout the years 2001-2005. According to this evaluation, number of laboratory services has increased by 16,3%, number of outpatients has increased by 35,8% and number of surgical operations has increased by 83,3%. The mean time of inpatient stay has dropped from year 2001 to 2005 by 17,3% to 8,1 days, which may be the result of the pressure of increased number of surgical operations, especially small surgical operations. A possible cause of this increase in small surgical operations may be the willingness of the service givers to record all their services, since the performance figures would also affect their personal performances. When we evaluate the results, it is evident that the performance system has caused a significant increase in the services provided by the hospital, and thus has resulted in an increase in productivity. This is a favorable result, at least when we consider quantity, since one of the main objectives of this Project was to improve health services. The benefit of the Project on behalf of the service providers is the appropriateness of the amount of financial bonus that is paid after the performance system. The physicians, administrative personnel, nurses and other health care providers have stated that the financial bonus that they have received were satisfactory.

Key words: performance evaluation, performance based payment, quality of health care, worker satisfaction.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaçlar	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Performans Yönetim Sistemi- Performans Değerlendirmesi	5
2.1.1. Performans Yönetimi	6
2.1.2. Performans Amacı	6
2.1.3. Performans Ölçümü	6
2.1.4. Performans Yönetim Sistemi	7
2.1.4.1. Performans Yönetim Sistemi Döngüsü	7
2.1.4.2. Performans Yönetim Sisteminin Amaçları	7
2.1.4.3. Performans Yönetim Sisteminin Yararları	8
2.1.4.4. Performans Yönetimi Sisteminin Kritik Unsurları	9
2.1.4.5. Performans Yönetim Sisteminin Ön Koşulları	9
2.1.4.6. Performans Yönetim Sisteminin Standartları	11
2.1.5. Performans Değerlendirme	11
2.1.5.1. Performans Değerlendirmenin Önemi	12
2.1.5.2. Performans Değerlendirmenin Amaçları	12
2.1.5.3. Performans Değerlendirme Süreci	12
2.1.6. Geleneksel Performans Sistemlerinin Yetersizliği ve Yeni Eğilimler	13
2.1.6.1. Denge Skoru (Balanced Scorecard)	13

2.1.6.2.	360 Derece Performans Değerlendirmesi	14
2.1.6.3.	Lynch-Cross Performans Piramidi	15
2.2.	Ücretlendirme	16
2.2.1.	Ücret Kavramı	16
2.2.2.	Ücretin Ekonomik Yönü	16
2.2.3.	Ücret Sistemi Tanımı	16
2.2.4.	Ücret Sistem Çeşitleri	18
2.2.4.1.	Ücret Sisteminin Genel Özellikleri	18
2.2.5.	Ücretlerin Belirlenme Kriterleri	19
2.2.5.1.	Ücretlerin tek taraflı yada pazarlıkla belirlenmesi	19
2.2.5.2.	Eşit işe eşit ücret	19
2.2.5.3.	Dış denge unsuru	19
2.2.5.4.	İç denge unsuru	19
2.2.5.5.	Bölgesel farklılıklara bağlı ödemeler	19
2.2.5.6.	Performans faktörü	20
2.2.6.	Performansa Dayalı Ücret Sistemi (PDÜ)	20
2.2.6.1.	Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Çeşitleri	22
2.2.6.1.1.	Liyakata Dayalı Ücret Sistemleri	22
2.2.6.1.2.	Özendirici Ücret Sistemleri	23
2.2.6.1.3.	Kâr Paylaşımı	23
2.2.6.1.4.	Uzun Dönemli Özendirici Ücret Sistemleri	23
2.2.6.1.5.	Performans Primi	23
2.2.6.2.	Çalışanlar Örgüt ve Sendika Tarafından Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Algılanması	24
2.2.6.2.1.	Çalışanlar Açısından Performansa Dayalı Ücret Sistemi	24
2.2.6.1.2.	Örgüt Açısından Performansa Dayalı Ücret Sistemi	24
2.2.6.2.3.	İşçi Sendikaları Açısından Performansa Dayalı Ücret Sistemi	25
2.3.	Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi Uygulamaları	26
2.3.1.	Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirmesi	26
2.3.2.	Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçütleri	29
2.3.3.	Türkiye Sağlık Sisteminde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Tarihçesi	31

2.4	Bir Faktör Fiyatı Olarak Ücret	36
2.4.1.	Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Genel Esasları	37
2.4.2.	Performansa Dayalı Ücretin Tercih Edilme Nedenleri	39
2.4.3.	Performansa Dayalı Ücret Sisteminde Karşılaşılabilecek Zorluklar	41
2.4.4.	Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği	43
2.5.	Kavram Olarak Performans	47
2.5.1.	Sağlık Hizmeti Performansı Neden Değerlendirilir?	48
2.5.2.	Bazı Performans Değerlendirme Yöntemleri ve Uygulamalar	49
2.5.3.	Performansın Değerlendirilmesinde Hedeflenen Düzeye Göre Çalışmaların Gruplaması	49
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	52
3.1.	Araştırmanın Tipi	52
3.2.	Araştırmanın Yeri	52
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem	53
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri	54
3.4.1.	Araştırmanın Değişkenlerinin Gruplanması	54
3.5.	Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli	54
3.6.	Araştırma Verilerinin Analizi	55
3.7.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	55
4.	BULGULAR	57
4.1.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) Çalışanları Memnuniyet Sonuçlarının Değerlendirilmesi	57
4.1.1.	Araştırma grubuna Ait Bazı Demografik Bulguların Değerlendirilmesi	57
4.1.2.	ANEAH Çalışan Memnuniyet Anketi Sonuçlarının Değerlendirilmesi	60
4.2.	Hastane Verilerinin Değerlendirilmesi	88
4.3.	Klinik Verilerinin Değerlendirilmesi	99
4.4.	Döner Sermaye Ödemeleri	110
5.	TARTIŞMA	114

5.1.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Çalışan Performans Analizi	114
6.	SONUÇ ÖZET VE ÖNERİLER	120
	KAYNAKLAR	123
	EK	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANEAH	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ÇGBE	Çalışma Süresi, Görev Alanı, Branş, Eğitim Durumu
ISO	International Organization for Standardization
İK	İnsan Kaynakları
Ort.	Ortalama
PDEÜÖS	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi
PDÜ	Performansa Dayalı Ücretlendirme
PDÜS	Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi
PYS	Performans Yönetim Sistemi
SB	Sağlık Bakanlığı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SPSS	Statistical Package for Science for Windows 15.0 (SPSSWIN)
St.Sp.	Standart Sapma
SD	Serbestlik Derecesi
n	Katılımcı Sayısı
X	Aritmetik Ortalama
YHS	Yatan Hasta Sayısı
USG	Ultrasonografi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
EKG	Elektro Kardiyo Grafi
EKO	Eko Kardiyo Grafi

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 4.2.1. ANEAH’de Poliklinik Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	91
Şekil 4.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Tetkik Sayılarının Yıllar İçerisindeki Değişimi (Ankara, 2006)	94
Şekil 4.2.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Hasta Başına Düşen Tetkik ve Radyolojik İşlem Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2009)	95
Şekil 4.2.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Ayrıntılı Radyolojik Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	97
Şekil 4.3.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan Küçük ve Toplam Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	100
Şekil 4.3.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Yapılan Ameliyat Yöntemi Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	101
Şekil 4.3.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Doktor Başına Düşen Poliklinik, Yatan Hasta, Küçük ve Toplam Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	102
Şekil 4.3.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Yapılan Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan Eforlu EKG- EKO Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	103

- Şekil 4.3.5. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Poliklinik Sayısına Göre Yatan Hasta, Eforlu EKG ve EKO Yüzde (%) Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006) 105
- Şekil 4.3.6. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yıllar İçerisinde Genel Poliklinik Sayısına Göre Röntgen, EKG ve Kardiyoloji Poliklinik Sayısına Göre Eforlu EKG, EKO Yüzde (%) Dağılımı (Ankara, 2006) 106

TABLOLAR

		Sayfa
Tablo 4.1.1.1.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2001-2005 Yılları Arasında Çalışan ve Araştırma Grubunu Oluşturan Kişilerin Cinsiyet, Yaş ve Unvanlarına Göre Dağılımı (Ankara 2006)	58
Tablo 4.1.1.2.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırma Grubunu Oluşturan Kişilerin Cinsiyete Göre Yaş ve Unvanlarının Dağılımı (Ankara 2006)	59
Tablo 4.1.2.1.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Manevi Değerin Takdir Edilmesi” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	60
Tablo 4.1.2.2.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	61
Tablo 4.1.2.3.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	62

Tablo 4.1.2.4.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	63
Tablo 4.1.2.5.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	64
Tablo 4.1.2.6.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	65
Tablo 4.1.2.7.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	66
Tablo 4.1.2.8.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	67

Tablo 4.1.2.9.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Bizden Ne Beklendiğini Tam Olarak Biliyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	68
Tablo 4.1.2.10.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	69
Tablo 4.1.2.11.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	70
Tablo 4.1.2.12.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Verimli Çalışıyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	71
Tablo 4.1.2.13.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	72

Tablo 4.1.2.14.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	73
Tablo 4.1.2.15.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	74
Tablo 4.1.2.16.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	75
Tablo 4.1.2.17.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	76
Tablo 4.1.2.18.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterli” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	77

Tablo 4.1.2.19.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Yaşam Kalitemiz Yüksek” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	78
Tablo 4.1.2.20.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	79
Tablo 4.1.2.21.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Uzman Hekim Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	80
Tablo 4.1.2.22.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Şef-Şef Yardımcısı Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performans Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	81
Tablo 4.1.2.23.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Pratisyen Hekim Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	82

Tablo 4.1.2.24.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan İdari Personel Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	83
Tablo 4.1.2.25.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Hemşire- Sağlık Memuru Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performans Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	84
Tablo 4.1.2.26.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Diğer Sağlık Çalışanları Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performans Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)	85
Tablo 4.1.2.27.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Araştırmaya Katılan Tüm Çalışanların Uygulanan Anket Formundaki Sorulara Verdikleri Yanıtlardaki Tutarlılık Durumu (Ankara, 2006).	86
Tablo 4.1.2.28.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanlarda Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Sonrası Olumlu Artış Olan Yanıtların Sayısı (n=20)	87
Tablo 4.2.1.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Unvan Gruplarının Toplam Çalışan Sayılarına Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	88

Tablo 4.2.2.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Çalışan Sayılarının Yıllar İçinde Değişim Yüzdeleri (Ankara, 2006)	89
Tablo 4.2.3.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Poliklinik Sayısı, Yatak İşgal Oranı ve Hastanede Ortalama Kalış Günlerinin Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	90
Tablo 4.2.4.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Ameliyat ve Doğum Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	92
Tablo 4.2.5.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	93
Tablo 4.2.6.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Toplam ve Hasta Başına Düşen Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	95
Tablo 4.2.7.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Ayrıntılı Radyolojik Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	96
Tablo 4.2.8.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Verilen Hizmetler ve Personeldeki Artış Oranları (Ankara, 2006)	98
Tablo 4.3.1.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Görevli Doktor, Yapılan Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	99

Tablo 4.3.2.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik ve Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	101
Tablo 4.3.3.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Görevli Doktor, Yapılan Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan EKG- Eforlu EKG-EKO Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	102
Tablo 4.3.4.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan EKG- Eforlu EKG-EKO Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	104
Tablo 4.3.5.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Bölümlerinde Poliklinik Sayısına Göre Yatan Hasta, Eforlu EKG ve EKO Yüzde (%) Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	104
Tablo 4.3.6.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yıllara İçerisinde Toplam Poliklinik Sayısına Göre Toplam Röntgen, Toplam EKG Sayıları ve Kardiyoloji Poliklinik Sayısına Göre Eforlu EKG, EKO Yüzde (%) Dağılımı (Ankara, 2006)	106
Tablo 4.3.7.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik Hastalarına Yıllara Göre EKO Yapılma Durumu (Ankara, 2006)	107
Tablo 4.3.8.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Poliklinik Sayısına Göre EKO Yapılan Hasta Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	108

Tablo 4.3.9.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik Hastalarına Yıllara Göre Küçük Ameliyat Yapılma Durumu (Ankara, 2006)	109
Tablo 4.4.1.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Doktorlara Yapılan Döner Sermaye Ödemelerinin 2001-2003 Yıllarına Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	110
Tablo 4.4.2.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Doktorlara Yapılan Döner Sermaye Ödemelerinin 2001-2005 Yıllarına Göre Dağılımı (Ankara, 2006)	111
Tablo 4.4.3.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Servislerinde 2004-2005 Yıllarında Döner Sermaye Ödenme Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara,2006)	112
Tablo 4.4.4.	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2004-2005 Yıllarında Kliniklerde Döner Sermaye Ödenme Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara,2006)	113

1. GİRİŞ

Toplumlarda değişen zamana, koşullara göre sağlığın farklı tanımları yapılmış olsa da, günümüzde de kabul gören biçimiyle Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ) sağlığı “sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (1). Toplumunu oluşturan insanların sağlığının tanımlanan düzeye ulaşabilmesi için, sağlık kuruluşlarının temel amacı hizmet verdikleri toplumun sağlığını geliştirmek olmuştur. Ancak bir sağlık kuruluşu bu amacının yanı sıra toplumu hastalık/sağlık maliyet yüküne karşı desteklemeyi de amaçlamalıdır (1). Bir toplumda genellikle kamu kaynaklarının ayrıldığı sosyal amaçlı hizmetlerinin önemli olanlarından birisi de sağlık hizmetleridir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmetin nitelik, nicelik ve dağılım eşitliğinin sağlanması için gereksinimi duyulan kaynaklar ülkenin koşulları ne kadar iyi olursa olsun akılcı biçimde kullanılmalıdır. Hiçbir kaynak sonsuz olmadığı gibi, ne kadar fazla olursa olsun dağılımındaki eşitsizlik toplumda hoşnutsuzluk yaratacağı gözönünde bulundurulmalıdır. Hızlı nüfus artışı, sağlığa zararlı alışkanlıkların yaygınlaşması kaliteli, pahalı tedavi yöntemleri gerektiren hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık hizmetine olan talebin artması tıp alanındaki hızlı teknolojik gelişme kamu kaynaklarından ayrılan payın sağlık hizmetlerine yetmemesine neden olmuştur. Bu nedenle, eldeki kaynakların etkin ve verimli kullanılması daha da önemli hale gelmiştir (2).

Sağlık kuruluşlarının sınırlı kaynaklarla etkili ve verimli bir şekilde işlevlerini tam olarak yerine getirebilmeleri için iyi bir planlamaya gereksinim vardır. Bu aşamada maliyet, etkililik ve performans analizleri planlamaya veri sağlamaktadır. Hastaneler, sağlık ocakları ve diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlara kaynakların nasıl dağıtılacağının belirlenmesi açısından da performanslarının belirlenmesi önemlidir (3).

İyi bir sağlık sisteminin nasıl olması gerektiği ve neler gerektirdiği bir çok ülkede tartışılan konuların başında gelmektedir. Bir sağlık sisteminin değerlendirilmesi için genel sağlık düzeyi, sağlıkta eşitsizlikler, sağlık sisteminin beklentileri karşılaması ve bunun dağılımı, finansal yükün topluma dağılımı kullanılabilir (1).

Sağlık sistemleri farklı yollarla analiz edilebilmektedir. Analizde kullanılan değerlendirme araçları arasında amaç ve faaliyet alanlarına göre büyük farklılıklar vardır. Çeşitli çalışmalarda ülkeler kendi sistemlerine ve koşullarına uygun değerlendirme kriterleri geliştirmişlerdir (4).

18/11/2002 tarih ve 25299 sayılı yönerge ile Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Kurumsal Kaliteyi Geliştirme" projesi çerçevesinde performansa dayalı hizmet modeli Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda uygulamaya konulmuştur.

Bu modelin amacı genel olarak ilgili yönergede de belirtildiği gibi sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin iyileştirilmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ile hizmet sunan personelin teşvik edilmesidir (5).

Bu tezin genel amacı söz konusu projenin sonuçlarının Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (ANEAH) ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Tezin dayandığı düşünce şudur; Performansa dayalı ödeme modeli sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğini, ayrıca hem hizmet alan hem de hizmet sunan kesimin memnuniyetini arttırmaktadır.

1.1. Amaçlar

Bu tez aşağıda verilen amaçlarla planlanmış ve yürütülmüştür:

1. 2002-2005 yılları arasında hastane personel sayısı, hizmet sunum sayıları gibi özellikler açısından değişimin değerlendirilmesi,
2. Hizmet sunan personelin performans uygulaması öncesi ve sonrası dönemlerdeki memnuniyetinin ölçülmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya çapında sağlıkta reform çabaları arasında kamu hastanelerinin verimliliğini arttırmak önde gelen hedeflerden biridir. Bu hedefe ulaşmada hizmet sunan personel özel bir yer tutmaktadır. Bunun nedeni ise, sağlık hizmetleri sunumunun nitelik ve niceliğinde hizmeti sunan personelin doğrudan ve önemli bir etkisi olmasıdır. Personele sabit ve düzenli maaş ödenmesi her ne kadar hizmet sürekliliği ve istikrar sağlasa da, bu aynı zamanda var olan hizmet potansiyelinin yüksek veya düşük kullanımına karşılık bir “körlüğe” neden olmaktadır. Performansa dayalı ödeme veya “bonus” bu körlüğü giderme ve maaşa bağlı bürokratik düşünce yapısını değiştirmeye yönelik geliştirilen politika araçlarından birisidir. Performansa dayalı ödemenin iki temel ayağı vardır.

1. Bir dizi performans kriteri ve ölçüm yöntemi geliştirerek, ödemeyi matematiksel bir temele oturtmak,

2. Bu ödemeyi gerçekleştirmek için yeteri kadar mali kaynağı ayırmak.

Genelde üç tür ek ödemededen sözedilebilir:

1. Basit ödeme; hastanenin mali durumuna bağlı olarak tüm personele eşit (veya eşite yakın) bir miktar ek ödeme,

2. Niceliğe bağlı ödeme; sunulan hizmetin miktarına (poliklinik, ameliyat, test, işlem sayısı, vb.) bağlı olarak değişken ödeme,

3. Gelire bağlı ödeme; hastanenin sunduğu hizmet karşılığı elde ettiği gelire bağlı olarak yapılan değişken ödeme.

Genel olarak dünyadaki uygulamalara bakıldığında performansa dayalı ödeme planlarının benzer özellikler taşıdığı görülmektedir. Performans ölçümünde yalnızca sayısal hizmet çıktıları değil, hizmet sunum kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta/kullanıcı memnuniyeti gibi faktörler de çoğunlukla formüle dahil edilmektedir. Ölçümün ve ödemenin nasıl ve hangi koşullarda yapılacağının tüm çalışanlar tarafından bilinmesi de bir başka yaygın özelliktir. Sağlık Bakanlığının Türkiye’de başlattığı uygulama da benzer özellikler taşımaktadır. Bununla birlikte ödeme planı ve yöntemi ne olursa olsun sistemin hizmet sunanlar tarafından algılanma biçimi de önemli bir konudur. Hizmet sunanların sosyal ve ahlaki değerleri, çalıştıkları kurumdan beklentileri, kuruma karşı aidiyet hisleri, mesai arkadaşları ile ilişkileri,

eşitlik ve adalet kavramları ile performansa dayalı ödeme sistemleri arasında karşılıklı bir etkileşim olması kaçınılmazdır. Performansa dayalı ödeme ve çalışma ortamı arasındaki ilişkinin anlaşılması sistemin değerlendirilmesi için önemlidir. Sistemin olumlu algılanmasının ve çalışan memnuniyetinin artmasının hastane performansına olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

Yönetim biliminde kullanılan yöntemler, zamanla gereksinimlere ve sistem ihtiyaçlarına cevap verebilecek düzeyde değişmekte ve en hızlı değişimi sağlayan örgütler çağın ilerleyişine ayak uydurabilmektedirler. Personel yönetiminin tartışmalı ve büyük öneme sahip konularından birisi de personelin performansının değerlendirilmesidir. Personel performans değerlendirmesi, personelin yeteneklerini kullanabileceği ve geliştirebileceği bir çalışma ortamı oluşturmayı, bir yandan personelin performansını iyileştirerek örgüte katkısının artmasını, öte yandan personelin örgütten elde edeceği yararların ve çıkarların göstereceği başarı oranında çoğalmasını sağlamayı, yönetsel açıdan iletişimi artırmayı ve geliştirmeyi, personelin yerinde istihdamını ve akılcı olarak görevlendirilmesine yardımcı bir fonksiyon olmayı amaçlayan yönetim sürecidir.

Bu amaçların gerçekleştirilebilmesi için açık hedefler, ölçülebilir standartlar, iş tanımları ve iş gereklerinin belirlenmesi gereklidir. Personelin başarı veya başarısızlığını etkileyen fiziksel, örgütsel, yönetsel ve eğitsel iş tanımlarına ilişkin çok yönlü sistematik bir analiz olarak performans değerlendirmesi, yönetim biliminde yeni yaklaşımlar yaratmıştır. Personelin performans değerlendirmesi sonucunda, örgütün işleyişinde süregelen birçok aksaklık (iletişim, organizasyon, ücret, motivasyon, planlama vb.) için de çözümler üretilmeye başlanmıştır. Personel açısından ücret hem ekonomik, hem de sosyal yönü bulunan bir kavramdır. Çalışma ilişkilerinde karşılaşılan sorunların başında ücret anlaşmazlıkları gelmektedir. Bu anlaşmazlık, ücretin hem parasal hem de örgüt açısından taşıdığı önemden kaynaklanmaktadır. Ücret personelin temel gelir kaynağıdır ve onun ve ailesinin yaşam standardını, statü ve saygınlığını önemli ölçüde belirlemektedir. Yapılan araştırmalar, güvenlik duygusu, statü, saygınlık kazanma, toplumsal kabul görme gibi temel gereksinimler ile yapılan ücret ödemeleri arasında çok yakın bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır (6).

Sağlık sisteminin en önemli varlığı olan hastaneler, teknolojiye meydana gelen hızlı gelişmeler ve yeniliklere uyum gösterebilme ihtiyacı dikkate alındığında, günümüzün en karmaşık ve en dinamik kuruluşları arasında yer almaktadır. Yönetim ve işletmecilik alanında her geçen gün yeni gelişmeler kaydedilmesi, hastane yönetimi içinde yeni fırsatlar, yeni yöntemler geliştirilmesine neden olmuştur. Sağlık sektörünün en önemli ayağını oluşturan hastaneler, diğer örgütlerden farklı özelliklere sahip kurumlar olarak önemli toplumsal ihtiyaçlara cevap vermeye çalışmaktadırlar. Personel ise, iş ortamından kaynaklı yoğun stres altında görev yapmaktadır. Genel olarak uzman personelin çalıştığı hastanelerde personel giderleri ve personelin üretimdeki payı önemlidir. Uzmanlaşmış personel iyi bir örgütte çalışmak isteyecek, kendine değer verilmediği takdirde iş verimi yüksek olmayacaktır. Hastanelerde verimi etkileyen fiziki şartlar, laboratuvar kapasitesi, teknik donanım gibi birçok bileşen mevcuttur ancak en önemli faktör personeldir. Uzmanlaşmanın yoğun olduğu üretim sistemine dayalı olan hastane örgütlerinde personelin değerlendirilmesi bu nedenlerle büyük önem taşımaktadır (3).

2.1. Performans Yönetim Sistemi- Performans Değerlendirmesi:

Genel olarak performans, görevin çeşitli boyutlarıyla yerine getirilmesinde, çalışanların başarı düzeyini ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle, çalışanın tanımlanan özellik ve yeteneklere uygun olarak işi kabul edilebilir sınırlarda gerçekleştirmesidir. Performans, genel anlamda, amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (7). Performans insanların yaşamlarında olsun, çalışma hayatında olsun gösterdiği bir şeyi başarma çabasıdır. Performans, her insanın sorumluluklarını geliştiren, hedeflerini ve amaçlarını belirleyen ve vizyonlarını geliştiren bir faaliyettir (8). Performans, en üst düzeydeki yöneticiden en alt kademedeki iş görene kadar tüm çalışanların belirli bir ölçütün (standardın) üzerinde başarı göstermesidir. Başarı, kişinin bir işin üstesinden gelmesi ya da bir kimsenin üzerine düşen görevi etkili biçimde tamamlamasıdır (9). Bir işletmede en önemli unsurun insan faktörü olduğu kabul edilirse, çalışan bir kişinin işini; bedensel, zihinsel ve kişisel özellikleri belirler. Kişi bu özellikleri çerçevesinde, üstlendiği görevi maksimum seviyede yerine getirmeye çalışır. Kişi işinde başarı sağladığı ölçüde ilerler, terfi yoluyla yükselir, ekonomik ve sosyal yönden fırsatlar elde eder (10).

Başarıdan söz edebilmek için öncelikle kişinin yerine getireceği işi tanımlamak, bunun devamında işin gerektirdiği standartları belirlemek, bu standartların kişinin özelliklerine uygunluğunu araştırmak gerekir. Ancak belirtilen noktalar açıklığa kavuştuktan sonra, kişinin işini gerçekleştirme derecesi belirlenebilir. Belirlenen standartların üzerine ulaşan kişi başarılı olarak değerlendirilirken, standartları yakalayamayan kişi başarısız olarak değerlendirilir.

2.1.1. Performans Yönetimi:

Performans Yönetimi, dar anlamda çalışanların değerlendirilmesi, derecelendirilmesi, ücretlendirilmesi ve geliştirilmesi sürecinin alt yapısını oluşturan bir insan kaynakları fonksiyonu olarak görülebilir. Ancak, gerçekte performans yönetimi “ Hedeflerle Yönetim “ anlayışı ile özdeşdir. Çalışanların işe odaklanması, yeteneklerinin geliştirilmesi ve adanmanın sağlanması için amaçların belirlenmesi ve bunlara ne oranda ulaşıldığının ölçülmesidir (11). Performans yönetimi, örgütü istenen amaçlara yöneltmek için örgütün mevcut ve geleceğe ilişkin durumları ile ilgili bilgi toplama, bunları karşılaştırma ve performansın sürekli gelişimini sağlayacak yeni ve gerekli etkinlikleri başlatma ve sürdürme görevlerini yüklenen bir yönetim sürecidir. Örgütsel performans, ekonomik ve insansal boyutu olan bir bütündür. İstenen performansı yakalamak ve bunu sürdürebilmek için, bu boyutların birbirine eşdeğerde önemsenmesi gerekir (12).

2.1.2. Performans Amacı:

Bu organizasyonun misyonunu, vizyonunu ve stratejisini gerçekleştirmesi için kritik bir başarı faktörüdür (13). Başarılmaması durumunda müşteri tatmini, sistem performansı, çalışan tatmini ya da etkili finans yönetiminde belirgin derecede düşüşlerle kendini belli eder (14).

2.1.3. Performans Ölçümü:

Bir ürüne ya da hizmete (çıktılar) dönüştürülen, bu çıktıların ve sonuçlarının kalitesini etkinlikleyen bilgilerin önceden belirlenmiş hedeflerin ne kadarına uygun geldiğinin ürün bazında ölçülmesidir (14). Performans ölçümü bir kurumun önceden belirlenen amaçlara ve hedeflere göre ortaya çıkan ürünleri, hizmetleri ve/veya sonuçlarıyla birlikte değerlendirmeye yönelik analitik bir süreçtir. Daha teknik bir ifadeyle bir kurumun kullandığı kaynakları, ürettiği ürünleri ve hizmetleri,

elde ettiği sonuçları takip etmesi için düzenli ve sistematik biçimde veri toplaması bunları analiz etmesi ve raporlaması süreci olarak tanımlanabilir. Uygulayıcılar açısından ise, bir kurum tarafından veya bir program içinde yürütölen faaliyetlerin rakamsal olarak ifade edilmesi anlamına gelmektedir (15).

2.1.4. Performans Yönetim Sistemi:

Performans sistemi işin yürütölmesini belirleyen ve sonuçlarını doğuran en etkili yönetim aracıdır. Performans sisteminin amacı, bir taraftan kurumun vizyonu doğrultusunda hedeflerini belirlemesi ve bu hedeflerin çalışanların katkılarıyla gerçekleşmesinin sağlanmasıyken, diğör taraftan da hedeflere ulaşırken çalışanların katılımlarının adil, sistemli ve ölçülebilir bir yöntemle değörlendirilmesi ve motive edici bir çalışma ortamı oluşturarak kişisel gelişimin desteklenmesidir. Kurumlarda hedef belirleme bir süreçtir; bu sürecin entegre ve spesifik olması etkinliğini de belirler. Kurumun vizyonu, stratejisi ve hedefleri üst yönetim ekibi tarafından belirlenirken, bölümlerin hedefleri de kurum hedefleriyle paralel olarak belirlenir. Bölüm hedefleri birim, takım ve kişisel hedeflere kadar iner. Bu süreçte entegrasyon, paralellik ve bütönlük uygulama etkinliğini de beraberinde getirir (16).

2.1.4.1. Performans Yönetim Sistemi Döngüsü:

Performans yönetim sistemi döngüsü aşağıda belirtilen dört aşamadan oluşmaktadır (11).

- Hedef Belirleme: Kurum hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik kişisel iş sonuçları yeterliliklerle ilgili hedeflerin belirlenmesi.
- Yönlendirme/Geri Bildirim: Hedeflere yönelik ilerlemelerin kaydedilmesi ve gelişmesi gereken yönlerin belirlenmesi.
- Değörlendirme: Kişisel iş sonuçlarının ve yeterliliklerin değörlendirilmesi.
- Gelişim Planlama: Gelişmesi gereken yönlerin ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenerek gelişim planlarının hazırlanması.

2.1.4.2. Performans Yönetim Sisteminin Amaçları:

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

Amaçlar: Yönetmel amaçlar, geliştirmeye yönelik amaçlar ve araştırmaya yönelik amaçlar olmak üzere üç ana grupta toplanabilir (11).

1. Yönetmel amaçlar; ücretlendirme, yükseltme, transfer, işten çıkarma gibi yönetmel kararların oluşturulmasında ortaya çıkmaktadır.

2. Geliştirmeye yönelik amaçlar; kariyer planlamasında, eğitim geliştirme programlarının hazırlanmasında, danışmanlık ve rehberlik desteğinin verilmesinde, güçlü ve güçsüz yönlerle ilgili geribildirimde bulunulmasında öne çıkmaktadır.

3. Araştırmaya yönelik amaçlar; iş tatmininin ve motivasyon düzeyinin belirlenmesinde, gelecekteki hedeflerin saptanmasında, performans düzeyini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasında ve çalışanların performansı ile organizasyonun amaçları arasındaki ilişkinin incelenmesinde gündeme gelmektedir. Kısaca, sistemin asıl amaçlarını, bireysel performansın sağlıklı ve adil standart ve kriterler aracılığı ile belirlenerek ölçülmesi, bu konuda kişilere bilgi verilmesi, kişisel performansın geliştirilerek örgütsel etkinliğin artırılması oluşturmaktadır.

2.1.4.3. Performans Yönetim Sisteminin Yararları:

Performans Değerlendirme Sistemi amaçlar doğrultusunda kullanıldığında değerlendiren (yöneticiler), değerlendirilen (astlar) ve organizasyon için çeşitli yararlar sağlamaktadır.

Değerlendirenler (yöneticiler) için yararları: Her ne kadar performans değerlendirme kavramının işletmelerde uygulanması bazı yöneticiler tarafından ek iş, külfet ve zaman kaybı olarak algılanılsa da, organizasyon yaşamında iyi işleyen bir performans değerlendirme sisteminden en fazla yararlanacak olan kişiler yine de yöneticiler olacaktır. Performans değerlendirme yolu ile yöneticiler, planlama ve kontrol işlerinde daha etkili olurlar, böylece; astların ve birimlerin performansı gelişir, astları ile aralarındaki ilişkiler ve iletişim olumlu yönde ilerler, astların güçlü ve gelişmesi gereken yönlerini daha kolay belirler ve bu doğrultuda onlara yardımcı olurlar, astlarını değerlendirirken kendi güçlü ve güçsüz yönlerini de tanırlar, astlarını daha yakından tanıdıkça, yetki devri kolaylaşır, yönetmel becerilerini geliştirirler ya da bu becerileri rahatlıkla uygulayabilecekleri koşulları elde ederler (17).

Değerlendirilenler (astlar) için yararları: üstlerin kendilerinden neler beklediğini ve performanslarını nasıl değerlendirdiklerini öğrenirler, güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerini/özelliklerini tanır, işletme/birim içinde üstlendikleri rol ve sorumluluklarını daha iyi anlarlar, performanslarına ilişkin elde ettikleri olumlu geri besleme yolu ile iş tatmini ve kendine güven duygularını geliştirirler.

Organizasyon için yararları: organizasyonun etkinliği ve karlılığı artar, hizmet ve üretim kalitesi gelişir, eğitim gereksinimi ve eğitim bütçesi daha kolay ve doğru biçimde belirlenir, insan kaynaklarının planlanması için gerekli bilgiler daha güvenilir bir biçimde elde edilir, bireylerin gelişme potansiyelleri daha doğru belirlenir, kısa dönemli gereksinimlerin giderilmesinde esneklik sağlanır (17).

2.1.4.4. Performans Yönetimi Sisteminin Kritik Unsurları:

Bir performans yönetim sistemi için başlangıç noktası, organizasyon amaçlarını her bir yönetici ve çalışanın sorumluluğu ile bağlantılı hale getirecek bir dizi yeni ölçünün yaratılmasıdır. Bu süreç dört aşamada gerçekleşir; Organizasyonun kısa ve orta dönemdeki gerçek potansiyelini ortaya koymak. “Ulaşılabilir Mükemmellik” ifade eden hedefler belirlemek. (Bunlar kısmen sıkı, iddialı, ancak yönetim tarafından da tümüyle kabul edilen hedefler olmalıdır.) Arzulanan davranışları ödüllendiren, agresif fakat ulaşılabilir amaçları elde etmek için yönetim kararlarının ve eylemlerinin sürekli akışını kolaylaştıran planlama, bütçeleme ve raporlama sistemlerinin yaratılması. Amaçların elde edilmesi sorumluluğu ile somut ödüllerin ilişkilendirilmesi (17).

2.1.4.5. Performans Yönetim Sisteminin Ön Koşulları:

Performans yönetim sisteminin başarıyla uygulanabilmesi için öncelikle şu beş koşulun gerçekleştirilmesi gerekir. Organizasyon, her şeyden önce etkili stratejinin, pazar konumlandırılmasından veya üründen çok “yetenekler” den kaynaklandığı inancını tümüyle benimsemelidir. Konumlandırmaya dayalı stratejik planlamadan yeteneklere dayalı stratejik yönetim anlayışına geçiş, belki de son yıllardaki en önemli stratejik düşünce değişikliğini ifade etmektedir. “Yeteneklere dayalı strateji” başarılı organizasyonlardaki en yaygın görüştür. Tepe yönetim de buna inanmalıdır.

Yalnızca yeteneklere dayalı strateji ile sınırlı bir adanma olmamalıdır. Aynı zamanda, organizasyonu orta dönemde sürdürülebilir daha yüksek performans düzeylerine taşıyacak iyi oluşturulmuş spesifik bir strateji de olmalıdır. Organizasyon, stratejik girişimlerin eylemsel kararlara daha etkin bir şekilde dönüştürülmesi nedeniyle net gelirden kısa dönemde daha yüksek bir büyüme potansiyeline sahip olmalıdır. Potansiyel net gelir, normal gelir beklentisinin ötesine geçmelidir. Tepe yönetimle iş yöneticileri, bir diyalog sonunda, organizasyonun mümkün olan en iyiyi yapabilmesi durumunda neleri gerçekleştirebilecekleri konusunda ortak bir anlayışa ulaşmalıdır. Böylelikle, tepeden belirlenen “sıkı” hedefler, yerini ortak belirlenen potansiyel performansın üst sınırı anlayışına terk eder. Çalışanlar, bir zorlama ya da pazarlık olmaksızın geçerliliğini kabul ettikleri bu performans düzeyini benimserler ve ulaşmak için kendilerini adarlar. Tüm yönetim basamaklarında en azından başlangıç performansı üzerinde ortak bir benimseme ve adanma olmalıdır. Sistemin etkili kullanılması başarıyı güvenceye alır ve üst yöneticilerin yönetme yetkilerini temsil etmelerine temel oluşturur. Performans yönetim sistemi yalnızca potansiyel performans belirlemekle kalmaz, sistematik olarak gelecekle ilgili bilgi toplamakla bu geleceğe uyum sağlamak için gerekli kararları alma arasındaki geçen zamanı da büyük ölçüde kısaltır. Organizasyon, kendisini artık normal bir durum olarak sürekli ve köklü “değişim”e bugün için ve gelecek için hazırlamış olmalıdır. Anlamlı değişimler, aşamalı olarak ortaya çıkmazlar ya da süreklilik göstermezler. Bu en azından, yerleşmiş stratejilere sahip ve derin kökleri olan bir büyüme trendini yakalamış büyük ve başarılı organizasyonlar için dışardan böyle görünür. Organizasyonların başarısı için daha geniş kapsamlı ölçülere ve stratejik değerlendirme yaklaşımlarına ihtiyaç vardır. Eğer, amaç geleceğe ulaşmak ise ve organizasyonun misyonu, vizyonu ve stratejisi belirli bir geleceği tanımlıyorsa, ne elde edileceği performansın nasıl ölçüldüğünden etkilenir. Bu nedenle, performans ölçümleri doğrudan işletme stratejisi ile bağlandırılmamalıdır. Eğer iyi kullanılırsa performans analiz ve ölçümleri, yönetim süreçleriyle bütünleştirilerek güçlü bir değişim aracı olabilir. Ölçme, son derece önemli olmakla beraber yönetimin kendisi değildir. Yalnızca modern performans odaklı bir yönetim sisteminin kritik bir unsurudur.

2.1.4.6. Performans Yönetim Sisteminin Standartları:

Performans standartları bir işin ne kadar iyi yerine getirilmesi gerektiğini tanımlayan yazılı ifadelerdir. Performans standartları, ümit edilen sonuçların, hal ve davranışların bir ifadesi olarak tanımlanmaktadır, bir görev başarıyla yerine getirildiği takdirde ortaya çıkacak olan durumun saptanmasıdır. Performans standardı, hem beklenen performans düzeyini gözetten hem de yöneticiler ve çalışanlar tarafından doyum veren performansın nasıl ölçüleceğinin raporlanması ya da kayıt edilmesidir (17). Performans standartları, hem üstler hem de astlar için iki tür bilgi içerir. Birincisi “neyin yapılması gerektiğidir”. İş görenler burada yöneticilere sıklıkla “tam olarak benden ne istediğinizi söyleyin ve bu şeyleri ne kadar iyi, ne kadar hızlı yapmam gerektiğini söyleyin” şeklinde sorular sorar. Bu sorular kişinin yapmakla sorumlu olduğu görevleri yani görev tanımlarını içerir.

İkincisi ise “nasıl yapılması gerektiğidir”. İş görenler burada ise yöneticilere sıklıkla “yapamadığım bir şeyi nasıl yapmam gerektiğini söyleyin ve halen işi nasıl yaptığımı söyleyin” şeklinde sorular sorar. Bu ikinci sorunun cevabı ise performans standartlarıdır. Bu iki sorunun cevabı birbiri ile ilişkili olduğundan, bazı iş tanımlarında performans standartlarına yer verildiği, görev ve sorumluluklarla standartların aynı zamanda belirlendiği görülmektedir. Standartlar bir bakıma değerlendirme hedeflerinin belirlenmesidir. Performans standartları kantitatif ve kalitatif olmak üzere işlerin iki yönünü içerir. Belirli bir işin gerçekleşmesi için gerekli zaman, yapılan hata sayısı, hizmet sunulan belirli özellikteki müşteri/hasta sayısını içeren standartlar kantitatif standartlardır. Astların faaliyetlerini koordine etme yeteneği, yapılan işin kalitesi ve verileri analiz etme yeteneği konusunda belirlenen ölçüler de kalitatif standartlardır (11).

2.1.5. Performans Değerlendirme:

Performans değerlendirme kurumda görevi ne olursa olsun bireylerin çalışmalarının, etkinliklerinin, eksikliklerinin, yeterliliklerinin, fazlalıklarının, yetersizliklerinin, kısacası bir bütün olarak tüm yönlerinin gözden geçirilmesidir (18). Diğer bir ifadeyle, performans değerlendirmesini bir yöneticinin önceden belirlenmiş standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla, çalışanların işteki performansını değerlendirmesi süreci olarak tanımlamak mümkündür (19).

Bu süreçte yönetici ile çalışan birlikte amaçlar belirler ve bu amaçlara yönelik çabalarını birleştirir. Ancak performans değerlendirme süreci, Performans Yönetimi'nin sadece belli bir bölümünü kapsamakta olup tek başına uygulandığında yetersiz kalmaktadır. Genel olarak performans değerlendirmesi; gerçek anlamda ortak bir çalışmaya bilgi alışverişine, eğitim-gelişmeye, gerek hatalar gerekse başarılar açısından sorumluluğun paylaşılmasına olanak sağlayan dinamik bir sistemdir (11).

2.1.5.1. Performans Değerlendirmenin Önemi:

Bilindiği gibi performans değerlendirmesi asıl olarak bireyi odak noktası seçmiştir. Örgütte değerlendirme insan unsurlarıyla başlar ve onunla ilgisi olan düzenlemelerle birlikte insanla sona erer. Bireyin örgütle uyumsuzluğu, örgütün çalışmasını anında bozabileceğine ve etkinliği hemen azaltabileceğine göre bireyi iyileştirmeye, onun örgütle uyumunu en üst düzeye ulaştırmaya yönelik bir çalışma olan performans değerlendirmesinin bu açıdan ne denli önemli bir çalışma olduğu kolayca anlaşılabilir. Görüldüğü gibi bir işletmede verimliliği arttırmak, yönetici yetiştirmek, geliştirmek, ödüllendirmek, yükseltim ve işten işe aktarma kararlarında esaslar belirlemek bakımından performans değerlendirmesi önem taşımaktadır (20).

2.1.5.2. Performans Değerlendirmenin Amaçları:

Performans değerlendirmeleri; ücret yönetimi (ücret artışları, ikramiyeler, ödüller vb), eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, kariyer planlaması (terfi ve transfer kararları), görev değişiklikleri, kurum içi transferler, işten çıkarma gibi konuların belirlenmesinde rol oynar (19). Performans değerlendirilmesi sadece denetim amaçlı değil, aynı zamanda gelişime yönelik bir süreç olarak algılanmalıdır. Günümüz işletmelerinde büyük bir öneme sahip olan performans değerlendirmenin amaçları; değerlendiren (yöneticiler), değerlendirilen (astlar) ve organizasyon açısından yararlar sağlamaktır (21).

2.1.5.3. Performans Değerlendirme Süreci:

Hedeflere göre yönetim anlayışı içinde performans yönetimi, çalışanların kendilerine bireysel hedefler verilmesinden başlayarak bu hedeflere ulaşma derecelerine göre biçimsel olarak değerlendirilmelerine kadar giden bir çerçeve içinde yönetilmeleri ile ilgili bir süreçtir (11).

Performans değerlendirmesi; kamu ya da özel kuruluşlarda çalışan personelin işteki başarısını objektif kriterlere göre saptayan bir tekniktir (22). İşletme, sahip olduğu personelin özelliklerini, yeteneklerini ve eksik yönlerini geliştirmek için yapacağı eğitim çalışmalarını, kaliteli personelin yükseltilmesi veya daha st nitelikli bir işe aktarılmasını genellikle performans değerlendirilmesi çalışmalarından alınan sonuçlara göre gerçekleştirir.

2.1.6. Geleneksel Performans Sistemlerinin Yetersizliği ve Yeni Eğilimler

Geleneksel olarak, performans ölçümünde kârlılık, bilno büyüklüğü, satışlar, maliyetler, üretim vb. rakamlar kullanmaktadır. oğunu kurumların mali tabloları ya da yönetim muhasebesi sistemi aracılığıyla takip edebildiğimiz bu performans ölçüm kriterleri, gerçekte geçmişteki performansı göstermektedir. Sadece bu finansal verilerden yola çıkarak analiz yapmak kurumun gelecekteki pozisyonu hakkında pek fazla fikir vermez; çünkü bu veriler geçmişteki performansının sonuçlarıdır. Bunun yanı sıra, finansal ölçümlere göre dizayn edilen performans ölçüm sistemlerinde, temel amaçlardan biri olan performansı artırmak konusunda da sorunlar yaşanmaktadır. Yıllık, dönemsel ya da aylık btcelere göre yapılan performans değerlendirmelerinde, dönem sonuna yaklaşıldığında, iki tip hareket gözlemlenir. Yıl sonu hedefini gerekleştirmeyeceğini anlayanlar; nasıl olsa hedefin gerisinde kalacağı dşnsiyle, marjinal bir iyileştirme çabası yerine, niye başarısız olunduğuna dair bahane senaryoları yazmaya daha çok vakit ayırmaktadırlar. Yıl sonu hedefini aşacağını anlayanlar; gerek verilen hedeflere ulaşmış olmanın rahatlığı, gerekse gelecek yılın btce hedeflerinin daha da yüksek olmasını engelleme dşnsiyle, performanslarını sınırlamakta ve yapacaklarını bir sonraki döneme ertelemektedirler (23).

2.1.6.1. Denge Skoru (Balanced Scorecard)

Denge Skoru (Balanced Scorecard), Harvard Business School'dan Profesör Robert Kaplan ve David Norton tarafından 1990 yılından itibaren geliştirilmeye başlanan bir şirket performans ölçümleme ve stratejik yönetim aracıdır. Sadece finansal sonuçlara göre davranılmasının, firmaların gelecekte ekonomik değer yaratmalarını engellediği inancı üzerine kurulmuştur.

Başlangıçta sadece performans değerlendirme sistemi olarak dizayn edilmiş olsa da, şirket stratejilerinin belirlenmesi, bu stratejilerin daha ayrıntılı bir biçimde tüm departmanlara yayılması, uygulanması ve geri bildirimlerin değerlendirilmesi açısından, bir yönetim tarzını tanımlamaktadır.

Denge Skoru, bir kurumun bugünkü ve gelecekteki performansını, stratejilerini somut verilerle ölçümlemesini sağlayan bir yönetim aracıdır. Bugünün performansını ölçen geleneksel finansal raporlama yöntemine ek olarak, finansal olmayan değerlerin geleceğe yönelik performansını da ölçmeye yöneliktir (23). Denge Skoru bir kuruma dört bakış açısından bakmaktadır; *finansal, müşteri, iç süreçler ve öğrenme-gelişim*. Finansal ölçümler geçmişe ait verilerden oluşmakta iken; diğer ölçümler, kurumun geleceğe yönelik değer yaratma sürecini de inceler. Bunlar; geniş müşteri tabanı, müşteri kalıcılığı, kaliteli hizmet ve ürünler, operasyonel süreç mükemmelliği, eğitilmiş ve yüksek motivasyonlu işgücü gibi unsurlardır (24).

Bir kurumun başarısı iki temel unsura dayanır;

- a) Doğru stratejilerin oluşturulması,
- b) Bu stratejilerin etkin olarak uygulanması.

Stratejilerin etkin olarak hayata geçirilmesinin önünde dört engel vardır. Bunlar;

- Vizyon Engeli: Strateji onu uygulayacak insanlar tarafından anlaşılmamıştır.
- İnsan Engeli: Bireysel hedefler kurumun hedefiyle aynı yöne bakmamaktadır.
- Uygulama Engeli: Kaynaklar uzun vadeli projeler düşünülmeden tahsis edilmiştir.
- Yönetim Engeli: Üst yönetim, strateji yerine operasyonel kontrol ve bütçe üzerine odaklanmıştır (23).

2.1.6.2. 360 Derece Performans Değerlendirmesi

Yöntem, performansın çalışanın yöneticisi, eşitleri, astları ve müşterileri olmak üzere, çok sayıda kaynak tarafından değerlendirilmesine dayanır. Farklı bakış açıları, değerlendirmenin geçerliliğini artırır. Temelde yöneticilerin omuzlarına yüklenen performans değerlendirme sorumluluğu, tüm kurum çalışanları arasında dağıtılarak demokratikleşme hedeflenir. Kurum kültüründe ciddi dönüşüme yol açan performansın çok yönlü değerlendirilmesi, dikkatli uygulandığında katılımcılığı artırır, çalışanlar arasında güven ve memnuniyeti yükseltir, iletişimi güçlendirir.

Çok yönlü değerlendirmeler, özellikle de liderlik geliştirme programlarında çıkış noktasını oluşturur (25). Performans değerlendirmede geleneksel yaklaşımlarda sadece patronların astları değerleyebileceği savunulur. Oysa pratikte patron, bireyin performansına ilişkin anahtar noktaları değerlendirmede en az kalifiye olan kişidir. Patron adına hareket eden yönetici de değerlendirmede tek yanlı kalabilir. İşte bu sorunla başa çıkabilmek için bazı firmalar, bireyin performans değerlendirmesinde ortak olarak kabul edilen birçok kişinin katkısından yararlanmayı tercih etmeye başlamıştır. Bu ortaklar; ilgili yöneticiler, astlar, iç ve dış müşteriler vb. olabilmektedir (22). 360 derece değerlendirme yaklaşımı içinde kabul gören temel düşünce, 8 temel yetenek alanında personelin performansının çok yönlü olarak izlenmesidir.

Bu alanlar: İletişim, Liderlik, Değişimlere Uyabilirlilik, İnsan İlişkileri, Görevin Yönetimi, Üretim ve İş Sonuçları, Başkalarının Yetiştirilmesi, Personelin Geliştirilmesidir (26).

2.1.6.3. Lynch-Cross Performans Piramidi

Bu yöntemde performans piramidinin tepesinde şirket vizyonu ve misyonu yer almaktadır. Bu vizyon ve misyonun yönlendirdiği şirketin performansına salt geleneksel finansal performans yaklaşımı değil, aynı zaman da pazar performansı da dahil edilmektedir. Yüksek kaliteli ürün ve hizmetler (müşteri değeri anlayışına dayalı), düzenli zamanında teslim müşteri doyumunun yollarıdır. Dış etkenlerin belirlediği teslimat ve iç etkenlerin belirlediği iş döngü zamanı tarafından birlikte biçimlenen esneklik, piramidin kalbini oluşturmaktadır. Verimlilik hedefleri ise, iş döngü zamanını düşürmek ve israfı azaltmak suretiyle sağlanabilir. İş döngü zamanının önemini vurgulamak yerinde olacaktır. Birincisi bu unsur büyük ölçüde şirketin denetimi altındadır. İkincisi esnekliğe ve böylece rekabete etkisi çok büyüktür. Üçüncüsü verimlilik üzerine etkisi aracılığıyla maliyet rekabetini etkiler. Kalite -teslimat -iş döngü zamanı -israf dörtlüsü performans piramidinin yastıkları olup, yüksek düzeyli sonuçları elde etmenin anahtarıdır (27).

2.2. Ücretlendirme

2.2.1. Ücret Kavramı

Ücret çalışana emeğinin karşılığında, yaratılmasında rol oynadığı sosyal hasıladan pay almasını sağlayan bir faktör fiyatıdır (28). Ekonomik açıdan ücret “emeğin fiyatı”, sosyal siyaset açısından “işgörenin geçim aracı”, iş hukuku açısından ücret “iş görenin fikri ve bedeni faaliyetlerinin karşılığı”dır (29). Ücret, personel ile sağlık kurumu arasındaki ilişkilerin odak noktasıdır. Personelin bir kurumda çalışmasının ana gerekçesi, bir gelir elde ederek yaşamını bağımsızca sürdürebilmektir (30).

İşletme ekonomisindeki ücret kavramı ile sosyal ücret kavramları arasında bir ilgi kurulabilir. Sosyal ücret, iş görene belli yaşam düzeyini sağlamak ve bunu sürdürmek amacı ile ulaşılmış bir kavramdır. Ekonomik kavram olarak ücret insan kaynakları için yapılan tüm ödeme biçimlerini kapsar ve genellikle iş görenlere yapılan ödemeleri içerir. Ödenen ücret, gündelik, aylık, haftalık olarak ifade edilebilir (31).

2.2.2. Ücretin Ekonomik Yönü

Genellikle ücret ve benzeri bir kazanç elde edebilmenin yolu bir işte çalışmaktır. Birey, kendi çabası ile elde edeceği ekonomik kaynakları; yiyecek, barınma, tatil vb. gereksinimlerinin karşılanmasında ve diğer hizmetlerden yararlanmasında kullanır. İş görene gereksinimlerini karşılayabileceği düzeyde ücret ödemek, ücret yönetiminin temel amacı olarak kabul edilebilir. Ücretin ekonomik yönü, iş göreni en çok ilgilendiren yanıdır. Çünkü aldığı ücretle iş gören, gereksinimlerini ya da isteklerini karşılayabilir (32).

2.2.3. Ücret Sistemi Tanımı

Çalışanlara hangi periyodlarla (haftalık, aylık vb.), hangi ölçüte göre (saat veya ay) ve hangi miktarlarda ücret ödeneceğinin belirlendiği prosedürlerdir (12). Ücret çalışanın çalışması karşılığında şirketten sağladığı ekonomik yararlar arasında en önemli yeri tutmaktadır. Diğer ekonomik yararlar, primler ve ödüller ile sosyal kolaylıklar (yemek, ulaşım, özel sağlık sigortası, lojman, araç, telefon vb.)dır. Ücret, yönetici düzeyinde giderek önemini kaybetse de, alt düzey çalışanlar için hala büyük önem taşımakta ve ücret politikası,

Çalışanların motivasyonunda önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle istikrarlı ve adil bir ücret politikası oluşturulması zorunludur. Ücretler arasında açıklanabilir veya savunulabilir bir mantığa dayandırılması gereklidir (32).

Çalışanlar şirketten ekonomik yararlar dışında sosyolojik ve psikolojik yararlar da sağlarlar. Bir gruba ait olma, statü, iş doyumunu bu tür yararlarla örnek olarak verilebilir. alışan, şirkete yaptığı katkıları, şirketten elde ettiği tüm yararlarla karşılaştırır ve bunlar arasında bir denge kurar. Çalışanlara iyi bir çalışma ortamı yaratılmasının önemi de burada yatmaktadır. Emniyetli alışma ortamı yaratma, personel verimliliğini de artıracaktır (33). İyi bir çalışma ortamı sağlayan bir şirket, daha kötü çalışma ortamı olan bir şirkete nazaran çalışanlarına daha az ekonomik yararlar sağlayarak faaliyetlerini sürdürebilir. İnsan kaynakları politikalarının çalışanların huzur ve mutluluğunu ne çıkarmasının önemi bundandır (12).

creti tayin eden makro ve mikro düzeyde birçok faktör vardır. cret baremleri bahsinde geçen görev tanımları ve görev nitelikleri, mikro (işletme içi) düzeyde olup, bunların dışında creti tayin eden pek çok makro faktör vardır:

1. Ekonominin gelişme seviyesi (teknolojik gelişme ile beraber),
2. Ekonomideki istihdam haddi ve işsizlik oranı,
3. Sermayenin nispi fiyatı (maliyeti),
4. Emek prodktivitesi,
5. Fiyatlardaki artış seyri (hayat pahalılığı, geçinme indeksleri),
6. Kârlılık,
7. Konsantrasyon oranı (işletme bykllğ, yani, toplu sözleşme ile kapsanan endüstrinin istihdam ve katma değer bakımlarından toplam ekonomi içindeki önemi ve ağırlığı),
8. Dış ticaret haddi (zellikle ihracat ekonomileri için)
9. Sendikalaşma oranı (sendikaların ve işverenlerin kuvvetleri ve aktiviteleri),
10. Toplu iş sözleşmelerinin cereyan ettiği saha ve süresi,
11. Mevcut cret bünyesinin bozulmaması, yani korunma çabası,
12. Işilerin grev mentalitesi,
13. Yasal asgari ücretler,
14. cret oluşumuna devletin müdahalesi,
15. Hkmetlerin dolaylı etkileri,

16. Taraflarca ve hükümetçe tespit edilmiş ücretlerin varlığı,
17. Diğer faktörler(12).

2.2.4. Ücret Sistem Çeşitleri

Ücret sistemleri, iş görene ücretin, nasıl ödeneceğini belirleyen kural ve düzeni ifade eder.

Ücret sistemleri aşağıdaki gibi gruplandırılabilir:

1. Zaman Birimi Esas Alan Ücret Sistemleri
 - a) Temel Zaman Ücreti
 - b) Ölçülmüş İş Miktarına Göre Günlük Ücret
 - c) Değişken Günlük Ücret
2. Özendirici Ücret Sistemleri
 - a) Ürün Nicelikli Özendirici Ücret Sistemleri
 1. Parça başı Ücret Sistemi
 2. Akort Ücret Sistemi
 - b) Primli Ücret Sistemleri
 1. Tek Faktörlü Primli Ücret Sistemleri
 2. Çok Faktörlü Primli Ücret Sistemleri (Kombine Sistemler) (31).

2.2.4.1. Ücret Sisteminin Genel Özellikleri

Ücret sistemlerine ilişkin açıklamalar öncesinde, geleneksel ücret sistem ve planlarının günümüzde değişikliğe uğradığını belirtmeliyiz. Ancak bu değişimde; iş ortamı ile iş gören ve işverenlerin payının ne olduğunu saptamak güçtür. Kuşkusuz, değişim ücret sistemlerinin anlamı ve amaçlarını büyük oranda etkilemese de uygulama olanaklarını sınırlamıştır. Ücret sistemlerinin bazıları giderek daha fazla önem kazanırken, bazıları etkinliklerini yitirmektedir. Yönetimler, ortaya çıkan yeni gereksinimlere uygun ve işletmenin iş ortamını etkileyecek taze güçler ve yeni yöntemler aramaya başlamıştır. Teknolojik gelişmeler, işte yapısal değişikliklere neden olmuş ve nitelikleri ve sorumlulukları giderek artmıştır (31).

2.2.5. Ücretlerin Belirlenme Kriterleri

2.2.5.1. Ücretlerin tek taraflı yada pazarlıkla belirlenmesi

Ücretlerin tek taraflı olarak belirlenmesi, daha fazla merkezi kontrol imkânı sağladığı için bütçe bakımından faydalı görülebilir. Ayrıca hükümetlere kamu hizmetleri ve bütçe hedeflerini daha etkin olarak belirleyebilme imkânı sağlar ve bütçe dengelerinin sağlanmasında olumlu etkiye sahiptir. Ülkemizde işçi sendikaları yanında memur sendikalarına da ücret belirlenmesinde pazarlık yolu genişletilmiştir.

2.2.5.2. Eşit işe eşit ücret

Eşit değerde olduğu saptanan işleri yerine getiren personele eşit ücret ödenmesidir. Burada söz konusu olan iş eşitliği, mutlak eşitlik olmayıp “eşdeğerlilik”dir. Bu ilkeye göre, hangi kurumda, yerde ve nitelikte olursa olsun; öğrenim, bilgi, beceri, deneyim, bedensel ve zihinsel çaba sorumluluk derecesi ve çalışma koşulları açısından birbirine denk ya da eşit değerde olduğu saptanan işleri yerine getirenler aynı ücret ödenir.

2.2.5.3. Dış denge unsuru

Kamu kesiminde ödenen ücretlerin özel kesimde ödenen ücretlerle karşılaştırılmasıdır. Bu amaçla kamu kesiminde ödenen ücretler, özel kesimde az çok benzeri olan hizmet dallarında ödenmekte olan ücretlerle karşılaştırılır. Bu karşılaştırmada sadece ücretler değil, çalışma şartları ve ücret dışı sağlanan imkânlar da dikkate alınmaktadır (34).

2.2.5.4. İç denge unsuru

Kamu kesiminde çalışan personelin aldığı ücretlerin, kendi aralarında karşılaştırılmasıdır. Kamu kesiminde ücret karşılaştırması yapmak iki nedene dayanır. İlk olarak kamu kesiminde görülmekte olan işlerin tümü aynı güçlük ve sorumluluk derecesinde değildir. İkinci neden, ücretlerde yapılacak farklılaşmanın iç dengeyi bozacak bir düzeye ulaşması ihtimalidir.

2.2.5.5. Bölgesel farklılıklara bağlı ödemeler

Emek piyasasının bölgeler arasındaki farklılıkları ve bölgeler arası geçim şartları ulusal düzeyde aynı ücreti alan çalışanlar için olumsuz durumların ortaya

çıkmasına neden olmaktadır. Gerekçeleri farklı olmakla birlikte birçok ülke ulusal maaş skalalarına ek bir takım ödemeler koymak suretiyle takviye edilerek nitelikli personel istihdam edilmeye çalışılmakta ve personelin cazip olmayan yerlerde çalışabilmesi teşvik edilmektedir. Türkiye’de “ek tazminat”, “olağanüstü hal bölge tazminatı” ve “geliştirme ödeneği” uygulamaları buna örnek gösterilebilir. Teorik olarak bu tür ödemeler kamu görevlilerinin taleplerini karşılamak bakımından esneklik sağlar.

Hizmet süresi arttıkça kamu görevlilerinin gelirlerinin artması kuralı günümüze kadar gelen yaygın uygulamaya sahiptir. Uygulamada hizmet süresi-ücret ilişkisi, görev unvanları itibarıyla hizmet süresinin ücrete yansımaları noktasında ücret kalemleri açısından farklılıklar gösterir (34).

2.2.5.6. Performans faktörü

Birçok kamu hizmetinde rekabetin olmaması kamu yönetiminin daha iyi çalışma yollarını keşfetme güdüsünü azaltmaktadır. Bu aynı zamanda yönetimin personeli yenilik ve verimlilik anlayışına ikna edebilme potansiyelini de azaltır. Performansa göre ücret sisteminde yönetim, aynı işi yapan personele farklı ücret ödemenin kriterlerini objektif olarak belirleyebildiği takdirde başarılı bir uygulama imkânı sağlar. Performans değerlendirmenin objektif bilgilere dayanmadan alınması adil karar alımını zorlaştırarak idare ve personel arasındaki ilişkilerin gerginleşmesine yol açabilmektedir. Aynı örgüt içinde yer alan personele farklı ödemelerin gerçekleşmesi, farklı sebeplerden kaynaklanabilir. Öncelikle uzun dönemde işgücünün homojen bir yapıda olmamasından ötürü; meslekler arası ücret farklılıkları belirmektedir. Diğer taraftan, mesleğin ücret dışı yönlerinde görülen değişimler, yani mesleğin prestijinin artması, azalması ya da çalışma koşullarındaki değişimler bir dizi ekonomik ve siyasi koşulların belirlenmesiyle de ücret farklılıkları ortaya çıkabilir (34).

2.2.6. Performansa Dayalı Ücret Sistemi (PDÜ)

Çalışanların motivasyonunu ve performansını artırmak amacıyla bireysel performans ile ücret arasında ilişki kurulması olarak tanımlanan bireysel performansa dayalı ücret, günümüzde modern insan kaynakları yönetiminin en güncel konularından birini oluşturmaktadır.

Genellikle performans yönetim sisteminin bir parçası olan “performansa dayalı ücretlendirme” de ikramiyeler ve ücret seviyeleri, çalışan performansının daha önce konulmuş olan hedeflere göre değerlendirilmesiyle belirlenir. İşle ilgili hedeflere bağlı olan performanslar doğrultusunda, maaş ve ek ödemeleri esnekleştirmek performansa göre ücretlendirmenin mantığını oluşturur.

Genel olarak performansa göre ücret sisteminde iki temel amacın gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Bunlardan birincisi, sistemin yönetsel değişim çabalarında sembol olarak algılanmasıdır. Geleneksel olarak merkezde toplanan güç daha alt yönetsel birimlere aktarılır ve yöneticiler kendi astlarının ücretlerini belirlemede daha fazla yetkiyle donatılmaktadır. Diğer yandan ise performansa göre ücret, iyi performansın ve personelin daha iyi motive edilmesinin bir aracı olarak algılanmaktadır. Çünkü yönetim, personel ile daha yakın ilişkiye girmekte ve bunun için amaçlarını daha açık olarak ortaya koyabilmektedir (35).

En genel tanımıyla performansa dayalı ücret sistemleri, ücret ile performans arasında ilişki kurarak oluşturulan ücret sistemleridir (8). Bir başka ifadeyle çalışanlara, işin değeri yerine, çalışanların yarattığı değerlere (performans düzeylerine) göre ücret ödemeye dayanan performansa dayalı ücret, çalışanlara ödenen ücretler ile çalışanların işteki performansları arasında ilişki kurma yöntemidir. Bir organizasyonda ücretin performansa dayandırılmasının birçok yolu vardır. Bir başka ifadeyle ücret ile performans arasında ilişki kurmak isteyen organizasyonlar, çok farklı sistemler uygulayabilmektedirler.

Ücret ile performans arasındaki ilişki bireysel, takım ve organizasyon olmak üzere üç farklı düzeyde kurulabilmektedir. Bireysel performans ile ücret arasında ilişkinin kurulduğu bireysel performansa dayalı ücret sisteminde, ücret artışları çalışanların gösterdiği bireysel performansa göre belirlenmektedir. Ücretin bireysel performansa dayandığı bu sistemde, performansa dayalı ücret artış oranının tamamı veya bir kısmının alınan performans puanlarına göre belirlenmesi söz konusu olmaktadır (36).

Kıdeme dayalı ücret sistemlerinden farklı olan bireysel performansa dayalı ücret sisteminde ücret artışları, yalnızca çalışanların performanslarına değil, aynı zamanda ücret sınıfı içindeki yerlerine de bağlıdır. Ücret sınıfı içindeki hareketler ise çalışanların performans düzeylerine bağlıdır (37).

Performans değerlendirme sistemlerinin bir parçası olarak görülen performansa dayalı ücretlendirme sistemi, çalışanların ücret, prim ve ikramiyelerinin önceden koydukları ya da konulan hedeflere ne derece yaklaştıkları ya da ulaşıp ulaşamadıklarına göre belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirmenin özel sektörde birçok şirket ve holding tarafından kabul gördüğü şu günlerde uzmanlar, aynı sistemin kamu kesimine taşınıp taşınmayacağını araştırmaktadırlar (38).

PDÜ'nün belirlenmesinde aşağıda belirtilecek noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir:

PDÜ'nün kriterleri;

- a) Objektif olmalıdır,
- b) Ölçülebilir ve önemli olanı ölçer olmalıdır,
- c) Performansı doğru bir şekilde ölçebilecek bir değerlendirme sistemi ile birlikte işlemelidir,
- d) Sadece yönetime değil, çalışanlara da geri bildirim yapılacak şekilde düzenlenmelidir,
- e) Kolay anlaşılabilir olmalıdır,
- f) Kontrol edilebilir olan ile ilgili olmalı, çalışanların kontrolü dışında olan olayları hesaba katmamalıdır (39).

Performansa dayalı ücretlendirme, finansal ödülleri birey/grup/şirket performansına bağlayan bir halkadır. Genellikle performans yönetim sisteminin bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirmede, ikramiyeler ve ücret seviyeleri, çalışan performansının daha önce konulmuş olan hedeflere göre değerlendirilmesiyle belirlenir. İşle ilgili hedeflere bağlı olan performanslar doğrultusunda, maaşları değiştirmek performansa göre ücretlendirmenin mantığını oluşturur (38).

2.2.6.1. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Çeşitleri

2.2.6.1.1. Liyakata Dayalı Ücret Sistemleri

Ücret artışlarında uzun zamandır uygulanan genel bir yöntem olan ve bireysel performansa dayalı bir artış gösteren liyakata dayalı ücret sistemlerinin uygulanabilirliği ve etkinliği uygun bir performans değerlendirme sisteminin olmasına bağlıdır.

Liyakata dayalı ücret sistemlerinde amaç, kişinin bulunduğu ücret sınıfı içinde, ücret yapısını bozmadan, belirli bir değişiklik yapmaktır. Ancak, düşük performans gösterildiğinde bu ücret sisteminde değişiklik yapılmadığı için ücretin özendiriciliği ortadan kalkmaktadır.

2.2.6.1.2. Özendirici Ücret Sistemleri

Liyakata dayalı ücret sistemlerinde kullanılan bireysel performansa göre daha somut (satış hacmi, muayene sayısı gibi...) bir ölçüm kullanan özendirici ücret sistemlerinde, alınan ek ücret kök ücrete dahil edilmez ve alınacak olan komisyon daha önceden çalışan tarafından bilinir ve dönemsel olarak performanstaki değişikliklere göre dalgalanmalar gösterebilir (8).

Satış komisyonlarındaki değişikliğin çalışanın performansına göre değil de daha çok ürünün kalitesi, markası ve ürünün fiyatına göre değişiklik göstermesi bu ücret sisteminin eleştirilen yönüdür (40).

2.2.6.1.3. Kâr Paylaşımı

Bu sistem, çalışanın bireysel performansına göre değil, örgütün kârlarına bağlı olarak değişiklik gösterir ve çalışana prim adı altında nakit olarak veya sonradan ödenmek üzere belli bir süreliğine fonda tutularak ödenir (40).

2.2.6.1.4. Uzun Dönemli Özendirici Ücret Sistemleri

Bu sistemler genellikle yöneticilere kurumun performansını artırmaları ve/veya sabit giderleri düşürmeleri halinde verilen ek ücretlerdir (40).

2.2.6.1.5. Performans Primi

Bu tip bir prim bireysel veya grup performansını baz alarak verilmektedir. Bireysel bazlı olduğunda bu ücret artışı performans ölçülerine dayandırılmaktadır. 1980 yılından beri, A.B.D’de toplu sözleşmeler ile gerçekleşen geleneksel maaş artışlarının yerini performans primlerinin aldığı ve büyük ölçekli şirketlerin %97’sinin, orta ölçeklilerin ise %86’sının yöneticilerinin ücretlerini bu şekilde belirledikleri tahmin edilmektedir (41).

2.2.6.2. Çalışanlar Örgüt ve Sendika Tarafından Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Algılanması

Performansa Dayalı Ücret sisteminin olumlu ve olumsuz yanlarını tam olarak kavrayabilmek için bu sistemin çeşitli taraflarca nasıl algılandığı üzerinde durulması gerekmektedir. Bu bölümde, çalışan kesim, kurumsal yönetim ve kuruma karşı çalışanların haklarını koruyan işçi sendikalarının bu sisteme olan bakış açıları incelenecektir.

2.2.6.2.1. Çalışanlar Açısından Performansa Dayalı Ücret Sistemi

Adaleti Sağlar: Performansa Dayalı Ücret ile başarılı kişilerin ödüllendirilmesi hedeflenmektedir ve çalışanlar da başarılarının karşılığını görmek isterler. Tüm iyi niyet ve çalışma gücünü ortaya koyan bir çalışan kendisinden daha az ve ilgisiz çalışan biriyle aynı ücreti alırsa bu durum kendisinin motivasyonunu olumsuz bir şekilde etkileyecektir. Adalet anlayışına göre, kişiler kendi katkılarını (nitelik, çaba, deneyim, eğitim) ve sağladıkları sonuçları diğer kişilerin katkı ve çıktıları ile karşılaştıracaklardır. Dolayısıyla, Performansa Dayalı Ücret Sistemi, kişideki eşitsizlik duygusunu kaldırarak tatmin ve adalet sağlamaktadır (40).

Motivasyon ve Teşvik Aracıdır: Çalışanların çalışmaları karşılığında takdir edilmesi de bir motivasyon aracıdır. Performansa Dayalı Ücret Sistemi performans değerlendirme ile birlikte uygulandığından düşük performansın artırılması yönünde teşvik sağlamaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalarda, Performansa Dayalı Ücret sistemlerinin uygulandığı örgütlerde uygulamayanlara oranla performans yaklaşık %30 daha yüksektir.

İşgücü Devri ve İşe Devamsızlığı Azaltır: Adaletli ve yüksek artışlar, çalışanın işine ve örgüte bağlanmasını sağlayarak maliyeti örgüt için yüksek olan hem işgücü devrini hem de işe devamsızlığı azaltır (40).

2.2.6.1.2. Örgüt Açısından Performansa Dayalı Ücret Sistemi

Rekabet Gücünü Arttırır: Performansa Dayalı Ücret, çalışanların bireysel performanslarına yaptığı olumlu etki ile örgütün toplam performansını artırmaktadır. Bu da kaliteyi artırarak örgütün rekabet gücünü devam ettirmesini sağlamaktadır.

Kârlılık ve Verimliliği Arttırır: Performansa Dayalı Ücret sistemlerinin kâr ve kazanç paylaşımı gibi bir takım uygulamaları, örgütte verimlilik ve kârlılık artışını teşvik ettiği için tercih edilen uygulamalardır.

Yeni Yönetim Teknikleri ile Uyumludur: Toplam Kalite gibi yeni yönetim tekniklerinde ödüllendirme yöntemi olarak Performansa Dayalı Ücret sistemleri uygulanmaktadır. Gerçekten de kalite programlarını uygulayan örgütler ücret planlarının kaliteyi ödüllendirmek zorunda olduğunu görmektedirler.

Ücret açısından Örgüte Esneklik Kazandırır: Bireysel performansın önemli olmasından dolayı örgüt içi çalışanlar arası rekabet artmakta ve dolayısıyla grup dayanışması azalmakta ve çalışanların sendikalaşma istekleri kırılmaktadır. Toplu sözleşmenin kolektif boyutundan giderek uzaklaşan ücret anlaşmaları, bireysel sözleşmeler ile işverenlerin etkilerini artırmakta ve sendikaların varlığını tehdit etmektedir. Bu durumda, biraz da sendikaların Performansa Dayalı Ücret sistemlerine olan bakışlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (40).

2.2.6.2.3. İşçi Sendikaları Açısından Performansa Dayalı Ücret Sistemi

İşçi sendikaları, Performansa Dayalı Ücret ile ücretin bireyselleştirildiği ve böylece işçi-işveren sendikalarının kollektif ilişkiler yoluyla belirlediği ücret standartlarından uzaklaşıldığı endişesiyle sisteme karşı çıkmaktadırlar. Gerçekten de işverenler, bireysel iş sözleşmeleri ile ve Performansa Dayalı Ücret Sistemi ile ücretin belirlenmesi konusunda esneklik kazanarak sendikaları devreden çıkarma yolunu bulmakta ve bu da işçi sendikalarının varlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle Performansa Dayalı Ücret daha çok sendikalaşmanın görülmediği kurumlarda kullanılmaktadır. Ancak, sendikaların karşı çıktıkları nokta bireyselliğe giden yol olduğu için bireysel Performansa Dayalı Ücret sistemleridir ve sendikalar, kar-kazanç paylaşımı gibi planlara daha ılımlı yaklaşmaktadırlar. Endüstri ilişkilerinde kollektif geleneği benimseyen sendikalara göre, çalışanların ücretlerindeki artış toplu sözleşmeler ile belirlenmeli ve bir kere kabul edildiğinde tüm çalışan kategorilerine uygulanmalıdır. Tam tersi olarak da performans değerlendirmeye bağlı olarak uygulanan Performansa Dayalı Ücret sistemleri örgütün yönetiminin inisiyatifindedir ve toplu sözleşmeden ayrı tutularak bireysel performansın ödüllendirilmesini amaçlamaktadır ve bu nedenle de kollektif tutum sergileyen sendikalardan bağımsız kurumlarda kendini daha çok göstermektedir (40).

2.3. Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi Uygulamaları

2.3.1. Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirmesi

Sağlık hizmetleri maliyetleri sürekli bir artış göstermektedir. Buna paralel olarak, hem kamu hem de özel kesimde sağlık hizmetlerinin maliyetleri önemli bir ilgi alanı olarak ortaya çıkmakta ve bu ilginin doğal sonucu olarak sağlık kurumları yönetimleri ekonomik alandaki rol ve sorumluluklarını daha fazla bilimsel ilkelere dayalı olarak genişletme eğilimi göstermektedirler(42). Bir ülkede sağlık sistemini bir bütün olarak değerlendirebilmek için birkaç temel özellikten çıkarım yapabiliriz. O ülkede yaşayan insanların ne oranda sağlık güvencesine sahip oldukları yani hastalanma anında finansal riskten ne oranda korundukları, sağlık sisteminin kapsayıcılığı hakkında önemli bilgiler vermektedir. 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.

Güvenlik, eğitim, adalet, sağlık gibi topluma sunulan ve devletin ana görevleri içinde sayılan hizmetlerin ortak amacı insanın mutluluğunu sağlamaktır. Bu açıdan sağlık hizmetinden vatandaşların duyduğu memnuniyet de sistemi yargılayan kayda değer bir göstergedir. Bütün bu göstergeleri bir arada değerlendirerek uygulanmakta olan sağlık sistemini değerlendirebiliriz. Aslında sağlık sistemleri çok değişkenli karmaşık yapılardır. İnsanların alışkanlıkları, inançları başta olmak üzere ekonomik, sosyal olgular, iklim ve coğrafya gibi birçok iç ve dış etkenler sağlık sisteminin performansını etkileyebilmektedir. Buna rağmen yukarıda sözünü ettiğimiz göstergeleri sağlık sisteminin temel performans göstergeleri olarak görmek kaba bir yaklaşım olmakla birlikte yanlış olmayacaktır (43).

Bu temel performans göstergelerini olumlu yöne doğru geliştirecek olan sistemi oluşturan organizasyonlar, kurumlar, kişiler ve bunların ortaya koydukları uygulamalardır. Dolayısıyla uygulama boyutunda yer alan detaylar sistemin performansına önemli derecede etki edecektir. İyi bir sistem performansı elde etmek için uygulamada verimlilik, sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteli hizmet sunumu önemli araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bunlar 2003 yılından itibaren uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarını oluşturan unsurlardır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesi" olarak ifade edilmiştir. Yine Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenlerinden biri sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyondur.

Verimlilik, kaynakların en uygun şekilde kullanılarak en az maliyetle yeterli ve doğru hizmet üretmektir. Arz talep dengesizliğinin kısa vadede ortadan kaldırılması ancak verimlilikle mümkün olabilir. Uzun vadeli çözümler için arzı artıracak insan gücü ve kurumsal yatırımların teşvik edilmesi ile talep artışının makul düzeyde tutulabilmesi için politikalar geliştirilmesi sonuç verse de bu sonuçlar verimlilikten bağımsız olarak elde edilemeyecektir. Her durumda verimlilik sağlık sistemin performansının artırılmasının ön şartlarından biridir. Sağlık hizmetlerine erişim, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda "hakkaniyet" olarak tanımlanmıştır. Bu çerçevede gerek farklı sosyal gruplar, gerek kır/kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili farklılıkların azaltılması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin hakkaniyet ölçüsünde gerçekleştirilmesi hizmet alanların gücü oranında sisteme katkı sağlamasını da gerektirir. Böylece hem ülkedeki her insanın ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmetinden yararlanması, hem de sürdürülebilirlik sağlanmış olur. Popülist, kısa vadeli politikalarla erişilebilirliği sınırsız kılmak, hakkaniyetle bağdaşmayacağı gibi sistemin sürdürülebilir olmasını da engelleyeceğinden kısa süre sonra alınan tedbirlerle sistem performansı bozulacaktır. Bu yüzden sağlık sisteminin performansını koruma adına yaygın fakat hakkaniyete dayalı bir erişimin sağlanması gerekir. Burada sadece hastanın hizmeti verecek doktor veya hemşireye fiziksel anlamda ulaşabilmesi ve ilacını alabilmesi anlaşılmamalıdır. Sunulan sağlık hizmetinin etkili olabilmesini sağlayacak yaşama ortamlarının, beslenme imkânlarının ve yeterli bilgi düzeylerinin sağlanması da sağlık hizmetlerine erişebilirlik kapsamında değerlendirilmelidir. Yani gerçek erişim sunulan hizmetin sonucunun alınmasıdır (43). Herkesin erişebildiği, verimli olarak sunulması beklenen hizmet, sonuçta çağın koşullarına ve bilimsel gerçeklere uygun kaliteli bir sağlık hizmetidir. Aslında yolun başlangıcında hedeflenen ve ulaşılması istenen nokta budur.

Ancak kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması halinde çıktılarda beklenen iyileşme gözlenebilir. Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edince sağlık profesyonelleri daha çok klinik uygulamalar ve bunların çıktılarına bakarak bir yargıya varırken, hastalar daha çok kendilerine sunulan servis kalitesine göre düşünce elde ederler (44). Hastaneler, oldukça kişisel bir hizmet sağlamak için profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çok farklı sayıda grubun çaba ve yeteneklerini ortaya koyan örgütlerdir (45). Klinik hizmet kalitesi ile tanı ve tedavi için kanıta dayalı doğru kararların verilmesi, uygun ilaç ve iyileştirici malzemelerin kullanılması, bilgili ve becerili sağlık personelinin görev yapması ve altyapı ile birlikte süreçte rol alan bütün girdileri etkili bir hizmete dönüştürecek bir sistemin, yani organizasyonun varlığı anlaşılmaktadır. Hastaların penceresinden kalite değerlendirmesi yapıldığında yiyeceklerin, ortamların ve süreçte rol alan eşyanın temizliği, güzelliği, yani otelcilik hizmetleri ile birlikte hastanın müdahil olduğu ulaşım, randevu, muayene, bekleme gibi süreçlerin beklentilerine uygun olması anlaşılmaktadır (44). Ayrıca hastanın kişiliğine önem verilmesi ve saygı gösterilmesi de önemli bir kalite göstergesidir. Sağlık hizmeti alma sürecinde hastanın bilgilendirilmesi, atılacak adımlarda, yapılacak tetkik ve tedavilerde onun görüşüne başvurulması hastayı fazlasıyla memnun edecek davranışlardır. Dolayısı ile kalite konusunda bilgi ve algı asimetrisi belirgin olmaktadır(43). Tanımlamaya çalıştığımız çerçevede verimli sunulan, kaliteli bir sağlık hizmeti hakkaniyet çerçevesinde erişilebilirliği ölçüsünde toplumun sağlık göstergelerine yansiyacaktır. Sağlık güvence şemsiyesinin kapsamı, kalitesi ve kapsayıcılığı bu sonucu elde etmede önemli ekonomik dürtüyü oluşturmaktadır. Yaygın sağlık güvencesi altında temel sağlık göstergeleri yüksek olan bir toplumda, hastaların algılaması da dikkate alınarak memnuniyetleri sağlanabilirse, iyi bir sağlık sistemi performansından söz edebiliriz. Ancak bunlar daha çok teorik yaklaşımlardır. Uygulama alanına girdikçe tartışılır detayların olduğu ve her zaman mutlak doğrulara ulaşamadığı görülecektir (43).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçütleri

Sağlık hizmetlerinde performans ölçütleri aşağıda özetle açıklanmaya çalışılmıştır:

a) İnsanın Mutluluğunun Sağlanması (Hasta Memnuniyeti): insanın mutluluğunun sağlanması rekabetçi sistemlerin en önemli araçlarından biridir. Sağlık hizmeti alanında bunun somut uygulaması hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerine serbest piyasa anlayışı ile yaklaşım, sağlık sisteminin kalitesini öncelikle nihai çıktı ölçütü ile belirleme eğilimindedir. Bu ölçüt, memnuniyetin nasıl oluşturulduğuna bakmaksızın sağlık hizmetinden yararlananların klinik bulgulardan veya yaratılan ortamdan ne kadar mutlu olduğudur. Performansı ödüllendirme ölçütlerinin belirlenmesinde hasta memnuniyeti mutlaka dikkate alınmalıdır.

Ancak sadece hastanın algısına dayanan bir ölçüm, bilgi asimetrisinin çok fazla olduğu sağlık alanında ve özellikle eğitim düzeyinin düşük olduğu toplumlarda yeterli olamaz (46).

b) Daha İyi Bir Sağlık Düzeyine Erişilmesi (Sağlık Çıktıları):

Sağlık çıktısı, hizmet alanın 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 hasta memnuniyetinin birlikte ele alınması sonucunda belirlenen bir ölçüt olarak algılanabilir. 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 olumsuz çevre şartlarında yaşayan hastalarla ilgilenmek durumunda kalan hizmet sunucuları cezalandırılmış olacaktır (46).

Diğer yandan tanı konma ve tedavi aşamasında birçok olgu birden fazla doktor, laboratuvar ve görüntüleme sistemleri gibi farklı tıbbi disiplinlerle muhatap olmaktadır. Çıktıya her birinin farklı oranlarda katkısı vardır.

Bu yüzden özgün sağlık çıktılarının ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesi çok kolay değildir (47). 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. Çıktıya dayalı performans ölçümünün teorik yaklaşımı konusunda farklı tartışmalar bulunmamakla birlikte, bunun işleyişi hususunda tereddütler vardır. Performansın ödüllendirilmesi için çıktının analizinin tatminkâr bir yöntemi bulunmak zorundadır. Önde gelen Amerikalı kalite kontrol bilimcisi David Eddy'e (47) göre kötü tasarlanmış bir çıktı ölçümü, sistemi iyileştirmekten çok ona zarar verecektir.

c) Hizmet Sunum Sürecin Ödüllendirilmesi (Süreç Ölçümü);

Hizmet sunum sürecinin ölçüt olarak kullanılmasında belirlenmiş normlar ve kanıta dayalı tanı ve tedavi rehberleri doğrultusunda işlem yapmak gibi sağlık hizmeti üretilirken takip edilen sürecin denetlenmesi ve değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Performansa göre ödeme için belki de en pratik yaklaşım, sağlık bakım hizmetinin verilmesi sürecine odaklanarak kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları ödüllendirmektir. Ancak dikkat edilmesi gereken husus, belirli bir sağlık çıktısının, bilinen bir hastaya uygulanan bilinen bir tedaviye bağlı olmayabileceğidir. Bu yüzden diğer bütün dış etkenlerin eşit olması koşuluyla, ancak bütünüyle bir sağlık bakım hizmeti sürecinin yüksek kalitedeki çıktıyı sağlayabileceği varsayılmaktadır. Ne var ki, durumun böyle olduğuna ilişkin kanıtlar oldukça zayıf kalmaktadır. Zira dış etkenleri eşitlemeyi başarsak bile olguların tepkimeleri her zaman aynı olmamaktadır. Sürece dayalı performans ölçümlerinin birçok sorunları da birlikte taşıdığı görülmektedir (46).

Steinberg ve Luce,(48) bir makalelerinde, sürece dayalı performans ödemesi sistemlerinde köşe taşı oluşturulan tanı ve tedavi rehberlerinin bizzat kendilerinin metodolojik açıdan sağlık çıktısına yönelik tutarsız çalışmalara dayandığını ve çok değişkenlikler gösterdiğini ileri sürmektedirler. Farklı tıbbi uygulamalarla ilgili kanıta dayalı çıktı çalışmalarının analizi ile ilgili bir çalışmada, çıktı kalitesini değerlendirmek üzere 121 farklı yaklaşım kullanılmış ve bu değerlendirme yöntemlerinden sadece 19 tanesi bu tür analizlere uygun yüksek kaliteyi ölçebilir bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmek, sanıldığından çok ötesinde karmaşık bir yapı arz

etmektedir. Bu yüzden de, genellikle iyi bir klinik uygulama sürecinin kanıta dayalı yapısını değerlendirirken boşluklar oluşmakta ve oluşan bu boşluklar genellikle subjektif kanaatlerle tamamlanmak zorunda kalınmaktadır. Bu durum süreç ölçümünün objektifliğine gölge düşürmektedir (43).

Alan Garber (49), klinik süreçlerinin değerlendirilmesine yarayan rehberlerin çoğunun, doktorlara yeterince takdir hakkı tanıyacak şekilde esnek yazılmış uzun metinler olduğunu belirtmektedir. Yazara göre bu rehberlerin tartışmalı performans ölçüm kıstasları yerine kullanılması çok sağlıklı değildir.

d) Alt yapının ve girdilerin kalitesi (girdi analizi):

İyi klinik uygulama rehberlerinden başka, sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde görev alan bilişim alt yapısı ile malzeme ve insan kaynakları gibi girdilerin kalitesinin ölçümüne dayalı bir performans ölçüm sistemi de tartışılmaktadır. Bu yaklaşım Amerika'da 160 büyük sağlık hizmeti ödeyici kurumunun oluşturduğu birlik (Leap Frog Group) tarafından geliştirilmiştir. Bu gruba üye kuruluşlar hastanelere ödeme yaparken, doktor kayıt ve orderlerinin bilgisayar ortamında yapılması, yoğun bakımda görev alan sağlık personeli ile doktor sayısı ve hastaneye kanıta dayalı sevk yapılması gibi kalite artırıcı süreçlere bakmaktadır (50). Ancak ne var ki, bu grubun Amerikan sağlık sistemindeki etkisi kurulduğu yıl olan 2000'den bu yana gittikçe azalmaktadır (46). Kaldı ki, bütün bu alt yapı ve girdilerin istenen düzeyde olması her zaman kaliteli bir sağlık hizmeti çıktısının elde edileceği anlamına gelmemektedir.

2.3.3. Türkiye Sağlık Sisteminde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Tarihçesi

Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşlamak ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olmadığını deneyimler göstermiştir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak ve insanları sürekli bu sorumluluk alanına itecek model arayışlarının sağlık politikacılarının gündemini ne denli doldurduğunu bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı son birkaç yılda sağlık sisteminde hızlı değişikliklere imza atmıştır. Bu değişikliklerde, hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındıran, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir sistem oluşturma amacı ifade edilmektedir (43).

04/01/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda döner sermayeye yönelik iş ve işlemler düzenlenmektedir. 209 sayılı Kanun'un 5. maddesi, 30/06/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değiştirilmiş ve Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmaya başlanmıştır(5). 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 hakkı 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. Ek ödemeye hak kazanabilmek için asgari performans olan 50'nin üstünde puan alan personele ek ödeme yapılmakta, 50'nin altında puan almış olan personele ek ödeme yapılmamaktadır. Yönergenin Değerlendirme kriterleri; iş bilgisi, yeteneği, işi zamanında yerine getirmesi, verimliliği, işe devamı, hasta ve vatandaşa karşı tutumu, düzen ve tertipliliği, kendini yenileme ve ilerleme kapasitesi, çalışanlar ve üstlerle ilişkisi, kendine güveni, iş güçlüğü, iş riski, yaptığı işin kalitesi, hizmet içi eğitim performansı ve döner sermayeye katkısıdır. Performans ödemesi personel kurum ve kuruluşta fiilen görev yaptığı sürece verilebilir. Personele yapılacak ek ödemede personelin tavan oranları belirlenirken "yüksek öğrenim görmüş personel" ve "yüksek öğrenim görmemiş personel" olarak iki farklı değerlendirme esas alınmış ve personelin bir yılda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat tutarının yüksek öğrenim görmemiş personel için %50'sini, yüksek öğrenim görmüş personel için %100'ünü aşmamak üzere belirlenmiştir. Personele 3(üç)'er aylık dönemler halinde ek ödeme yapılmaktadır. Ancak personele yapılacak bu ödeme, kurumun elde ettiği gelirlerin en fazla %50'sinin dağıtılabileceği esasına göre yapılmaktaydı.

1991 yılında yapılan yönerge değişikliği ile "teknik hizmetler sınıfı" personeli ile "yardımcı hizmetler sınıfı" personelin tavan katsayıları %30'lardan % 50'lere taşınarak yardımcı sağlık hizmetleri personeli ile eşitlenmiştir.

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.

2-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.

3-Sağlık Personeli Kanunun öngördüğü ölçüde yıllık maaş kalemleri toplamının %100'ü ve %50' si oranında ek ödeme alabilmektedir.

4-Personele yapılacak ek ödemede tabip ve tabip dışı personel ayrımı yerine yüksek öğrenim görmüş personel ve orta öğrenim görmüş personel ayrımı yapılmıştır.

5-Kurumun ihtiyaçları ön planda tutulmuş, personele yapılacak ek ödeme, kurumun ihtiyaçları giderildikten sonra arta kalan gelir dikkate alınarak yapılmıştır.

6-Kurumun elde ettiği 3 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. Bu madde ile; “ Ek ödemeler, yardımcı sağlık hizmetleri ve yardımcı hizmetler sınıfına mensup personel için, bunların bir yılda alacakları aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil tazminatı hariç) tutarının %80'ini, diğer tüm personel için %100'ünü aşmayacak şekilde tespit edilir” hükmü getirilmiştir. Personele yapılacak ek ödemede, tabip ve tabip dışı personel arasında ek ödeme yönünden oluşan fark daima aza indirilmiş, serbest çalışan uzman ve pratisyen tabipler için ek ödemeye esas tavan oranı %90 olarak belirlenmiştir. Yine riskli birim olarak tanımlanan doğumhane, ameliyathane, yenidoğan, yanık, diyaliz, acil servis süt çocuğu vb. servislerde görev yapan tabip dışı personele %50 oranında fazla ek ödeme yapılmıştır. 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 gerekliliği oluşmuştur. 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 geçilinceye kadar devam etmiştir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmaktadır. 2005 yılının başında SSK'ya ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile performans uygulaması sağlık sistemimizin yaklaşık %90'ında uygulanır hale gelmiştir. Bunun yanında yapılan kanuni düzenleme ile tıp fakültelerinde de benzer bir sistemin uygulanmasının önü açılmıştır.

Performans sistemi, iki ayrı yönerge ve bu yönergelerdeki 3 farklı model çerçevesinde uygulanmaktadır. Birinci yönergede, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama esas ve usulleri bulunmaktadır. Bu yönerge, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılanmasına bağlı olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsal alanda hizmet sunma hususları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Birinci basamak yönergede tedavi edici sağlık hizmetlerine ait ölçütlerin yanında koruyucu sağlık hizmetleri puanları ve kırsal alana doğru artan bölge idari puanları tanımlanmıştır.

İkinci yönergede ise devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine ait 2 model tanımlanmıştır. Her iki modelin benzer yönleri olduğu gibi farklı uygulama esasları bulunmaktadır. Eğitim ve Araştırma hastanelerindeki uygulama klinikler bazında olup, eğitim ve bilimsel çalışma hususları da dikkate alınarak modellenmiştir.

Sistemin ana unsurlarından birisi sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5300 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin belirlenerek puanlandırılmasıdır. Bu işlemlerden hekimler tarafından başından sonuna kadar bire bir yapılan zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılanlar puanlandırılmıştır. (Örnek: muayene, ameliyat, girişimsel işlemler vb.) Hekim sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamıştır. (Örnek: enjeksiyon, laboratuvar işlemleri, vb.) (43).

Diğer ülkelerdeki performans için ödeme sistemi çalışmalarına göz atarsak;

Performansa dayalı ücret sistemi başta ABD olmak üzere, gelişmiş ülkelerde yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Amaç çalışanların motivasyonlarını artırarak performanslarını yükseltmektir. Karşılaştırma ve değerlemeye dayalı performans ölçümü sisteminden yararlanılarak, bireysel veya grup performansı değerlendirilmekte ve ücret performansla ilişkilendirilmektedir. Performansa dayalı ücretlendirmede, ücret seviyeleri, çalışan performansının daha önce konulmuş olan hedeflere göre değerlendirilmesiyle belirlenmesine dayanmaktadır. İşle ilgili hedeflere bağlı olan performanslar doğrultusunda, ücretleri değiştirmek performansa göre ücretlendirmenin mantığını oluşturur. Dikkatli ve amacına uygun olarak uygulandığında performansa dayalı ücret sistemleri hem çalışanların motivasyonunu ve buna bağlı olarak da kurum içi verimi artıran çok önemli bir unsur olup, günümüz ücretlendirme politikalarında en üst sıralarda yerini almıştır. Eski sistemde varolan ücretlendirme sistemlerinin aksine günümüzde ücretlendirme ile çalışanların performanslarına göre kişiselleştirilmeye çalışılmakta ve bu yolla da verim artışı amaçlanmaktadır. Ücret sistemlerinde bu yönde değişim büyük oranda OECD ülkelerindeki uygulamalardan etkilenmektedir. Bu ülkelerden bazıları kendi yönetim sistemlerini reorganize ederken aynı zamanda personele uygulanacak ücret sistemlerini de değiştirmenin yollarını aramışlardır (58).

Performans için ödeme sistemi özellikle son 20 yılda tüm dünyada giderek artan şekilde denenmekte olan yöntemlerin en yenilerindendir (51) (Fink, 2006; Pierce, 2007; (52) Gonzales, 2007).

- İtalya’da performans için ödeme sistemi başlangıcı 1938’lere uzanmaktadır. (53) (Adinolfi, 1998).
- İngiltere’de performans için ödeme sistemi başlangıcı 15-20 yıl öncesine dayanmaktadır. İngiltere’deki performans için ödeme sistemi 10 kritik hastalığın bakımı ve 146 kalite kriterini içermektedir (53) (Doran, 2006).
- Endonezya’da performans için ödeme sistemine geçişin 1987 tarihli olduğu bildirilmektedir. (54) (Chernickovsky, 1995).
- Yapılan çalışmalar Çin’de kullanılmaya başlanan yeni performans için ödeme sistemi modeli sonrasında hastanelerde maliyetlerin düştüğünü ve gelirlerin arttığını göstermektedir (55) (Liu, 2005).
- 2003 yılı itibarıyla Kanada’da da performans için ödeme sistemine geçişlerde bir artış söz konusudur (56) (Vounasis, 2005).

2.4. Bir Faktör Fiyatı Olarak Ücret

Ücret, çalışana emeğinin karşılığında, yaratılmasında rol oynadığı sosyal gelirden bir pay almasını sağlayan bir faktör fiyatıdır. Dar anlamıyla ücret, belirli bir hizmet için insan emeğine ödenen bedeldir. Ücret ödemeleri, emek sahibinin hizmetinin fiyatı olunca hizmetin en önemli unsurlarından biri olan emeğin de fiyat kuramının bağlı olduğu esaslara uyması gerekir. Yani arz ve talep mekanizması, ücret kavramı üzerinde de etkili olmaktadır. Fakat bu etki, farklı bir şekilde oluşur. Çünkü, ücret mekanizmasının yapısında emeğe ait bazı özelliklerin varlığını kabul etmek gerekir. İnsan emeği için ödenen ücretin belirlenmesi sanıldığı kadar basit değildir. Bunun basit olmayıp güç oluşu, emeğin oldukça çeşitli ve aynı zamanda birçok ruhsal ve bedensel şartlara bağlı olmasından ileri gelir. Emek unsuru, onu meydana getiren çalışanın yaşayış tarzı, geçimi ve meslek yaşamına hazırlanma şartları ile sıkı bir şekilde ilgilidir. Ayrıca ücretin teşkili ve gelişimi ülkelerin sosyo-ekonomik yapılarıyla çok yakından ilgilidir. Ücret, ülkelerin ekonomik yapılarına, kalkınmışlık düzeylerine ve siyasal sistemdeki anlayışlarına bağlı olarak şekillenecektir.

Ücret, emeğin somut ifadesi olan hizmetin karşılığı olduğuna göre, hizmetin ağırlığı, riski, önemi, sorumluluğu, içinde bulunduğu şartlar ve gerektirdiği nitelikler ücretin belirlenmesinde ve farklılaşmasında geçerli gerekçeler olarak ileri sürülebilir. Bu gerekçelere bağlı olarak personele yapılacak ödemeler, sosyal gereksinimler de göz önüne alınarak beş ayrı türe bölünebilir:

- 1- İşin ve hizmetin kendisine bağlı olarak yapılan ödemeler,
- 2- İşin ve hizmetin normal mesai saatleri dışına taşan kısmı veya farklı türleri için yapılan ödemeler,(57)
- 3- İş ve hizmetin arzettiği önem, sorumluluk, nitelik, güçlük, risk, içinde bulunduğu doğal ve coğrafi şartlar, kişide gerektirdiği özel nitelikler v.s. sebeplerle yapılacak ödemeler,
- 4- Olağanüstü gayret ve çalışma sonucu sağlanacak yarar, başarı, verimlilik v.s. sebeplerle yapılacak takdir ve teşvik edici nitelikteki ödemeler,
- 5- Herhangi bir hizmetin ve işin karşılığı olmamakla birlikte, sosyal niteliği ağır basan sosyo-ekonomik amaçlı ödemeler.

2.4.1. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Genel Esasları

Yakın zamanlarda birçok ülkede hizmet süresinin uzunluğuna göre ücret sisteminden (kıdem ücret sistemi) vazgeçilmekte ve bireysel ya da grup performansına bağlı ücret (performance based pay systems) uygulamalarına yönelinmektedir. Ücret sistemlerinde bu yönde değişim büyük oranda OECD ülkelerindeki uygulamalardan etkilenmektedir (58). 1980'li yıllardan itibaren bir çok ülkede yönetsel organizasyonlarda ve ücret sistemlerinde daha üst düzeylerde yönetsel otonomi ve ücret esnekliği sağlanması yolunda, özellikle de performansa göre ücret sisteminde önemli adımlar atılmıştır. Reformlar birçok ülkedeki değişik alanların tanınması, kamu sektörünün değişik bölümleri tarafından (eğitim, vergi toplama hizmeti, emniyet ve adalet hizmetleri gibi) üretilen hizmet türlerinin tanınması ve spesifik işgücü piyasasının faaliyetleri sonucu doğacak ihtiyaçlarını karşılayan ücret yapısı uygunluğunun tanınması ile güdülenmektedir.

En genel tanımı ile performansa dayalı ücret sistemleri, ücret ile performans arasında ilişki kurarak oluşturulan ücret sistemlerini içerir. Genellikle performans yönetim sisteminin bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirmede, ikramiyeler ve ücret seviyeleri, çalışan performansının daha önce konulmuş olan hedeflere göre

değerlendirilmesiyle belirlenir. İşle ilgili hedeflere bağlı olan performanslar doğrultusunda ücreti farklılaştırmak, performansa göre ücretlendirmenin mantığını oluşturur.

Genel olarak performansa göre ücret sisteminde iki temel amacın gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Bunlardan birincisi, sistemin yönetsel değişim çabalarında sembol olarak algılanmasıdır. Geleneksel olarak merkezde toplanan güç daha alt yönetsel birimlere aktarılır ve yöneticiler kendi astlarının ücretlerini belirlemede daha fazla yetkiyle donatılmaktadırlar. Diğer yandan ise performansa göre ücret, iyi performansın ve personelin daha iyi motive edilmesinin bir aracı olarak algılanmaktadır. Çünkü yönetim, personel ile daha yakın ilişkiye girmekte ve işin amaçlarını daha açık olarak ortaya koyabilmektedir. “*Bireysel performansa dayalı ücret sistemi*”, bireylerin tek tek performanslarını artırımlarıyla toplam kurum performansının artacağı varsayımına dayanmaktadır. Öncelikle personel çalışmasının karşılığının ödenmesini ister. Başarılı bir kişi, bütün iyi niyetini ve çalışma gücünü ortaya koyarak çalışırken, kendisinden daha az ve ilgisiz çalışan kişiyle aynı ücreti alırsa, bu durum çalışanın motivasyonunu olumsuz yönde etkileyecektir. Bu açıdan “*takıma dayalı performans*” ücreti uygulandığında, çalışanların kalite ve müşteri memnuniyeti ilkelerini benimsemeleri, çalışan katılımının sağlanması ve işbirliği için gerekli ortamın sağlanması mümkün olacaktır. Böylece, kurumda takım çalışması yaygınlaşacağı gibi, takımların etkinliği de artacaktır. Performans bağlantılı ücret sistemini uygulamaya çalışan İrlanda, Kanada, ABD, Yeni Zelanda gibi ülkelerde özellikle üst ve orta düzeydeki yöneticileri hedefleyen düzenlemeler söz konusudur. Bunun aksine bazı ülkelerde ise performans bağlantılı ücret sistemi ya yoktur ya da lokal uygulanmaktadır. Örneğin Almanya, Yunanistan, İtalya, Lüksemburg, İsviçre’de durum böyledir. Genel olarak performans sistemini uygulamayan ülkelerde ilerlemeler ise liyakat ilkesine göre yapılmaktadır. Ücretin performansla ilişkilendirilmesinde dört temel yaklaşım mevcuttur:

- Prim,
- Maaşta daha yüksek (oransal) artış,
- Maaş sınıflandırması,
- Maaşın daha hızlı (zamansal) artması,

Bunlardan her birinin yerel şartlar da göz önüne alındığında dikkate değer avantaj ve dezavantajları vardır.

Performansa dayalı ücret sisteminin “kriterleri” ise şöyle sıralanabilir:

- Objektif olmalıdır,
- Ölçülebilir ve önemli olanı ölçer olmalıdır,
- Performansı doğru bir şekilde ölçebilecek bir değerlendirme sistemi ile birlikte işlemelidir,
- Sadece yönetime değil, çalışanlara da uygulama sonuçları “geri bildirim” yapılacak şekilde düzenlenmelidir,
- Kolay anlaşılabilir olmalıdır,
- Kontrol edilebilir olan ile ilgili olmalı, çalışanların kontrolü dışında olan olayları hesaba katmamalıdır.

2.4.2. Performansa Dayalı Ücretin Tercih Edilme Nedenleri

- Gelişmiş kurum performansı sayesinde hız ve verimlilik artar. Hız ve verimliliğin günümüzde kurumlar için ne denli önemli kavramlar olduğu açıktır.
- Birey/takım performansını geliştirir. Takdir edilmek çalışanlar açısından önemli bir motivasyon aracıdır. İş arkadaşlarından daha fazla çalıştığına inanan kişilerin teşvik ücretleriyle özendirilmesi kurumlarda motivasyonu artıracaktır. Bu konuda yapılan araştırmalara göre, performansa dayalı ücret planlarının uygulandığı sistemlerde uygulanmayanlara göre performansın yaklaşık % 30 daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (59).
- Yetenekli çalışanların kurumdan ayrılmasını engeller. Kurum, ücret sisteminin yardımıyla başarılı olanların farkına varma şansı yüksek olacağından çalışanların kuruma bağlılığı ve dolayısıyla elde tutulması sağlanmış olacaktır.
- Yeterince performans gösteremeyen çalışanların belirlenmesi, performans analizleri sayesinde kolaylaşacaktır.
- Performansa dayalı ücret planı, performans değerlendirme ile birlikte uygulanacağı için düşük performansın artırılması yönünde teşvik yaratır.

- Uyarı kriteri sağlar. Yönetim, personel hakkında kesin performans kriterleri oluşturur. Çalışanlar da daha yüksek ücretlerle ödüllенmek için bu kriterleri gerçekleştirmeye çalışırlar.
- Doğru kişilerin doğru miktarlarla ödüllendirilmesini sağlar.
- Performansa dayalı ödeme yapılması, tüm çalışanların ücretlerini toplu olarak arttırma yerine verimli çalışan ve performansı iyi olan çalışanların ücretlerini yükseltme yönü ile verimsiz personelin de rekabet sürecine katılma motivasyonunu artıracaktır.
- İşlere ilişkin belirgin hedefleri tanımlar. Hedef tanımının yapılabilmesi için iş analizinin yapılması gerekli olduğundan, performans kriterleri için iş analizinin yapılması bu sayede sağlanmış olacaktır.
- Kişilerin iş tatmininin artması ile birlikte şikayetler ve işe devamsızlık azalır.
- Motive edici etkisi vardır. Çünkü, performansa dayalı ücret ile başarılı kişiler ödüllendirilmektedir. Bütün iyi niyetini ve çalışma gücünü ortaya koyan kişi, kendisinden daha az ve ilgisiz çalışan biriyle aynı ücreti alırsa bu durum personelin motivasyonunu olumsuz yönde etkileyecektir. Motive etkisi, toplam kalite ve hizmet verimliliği açısından belki de en önemli unsur olarak görülebilir. Bu açıdan motive etkisini maksimum düzeye çıkarabilmek için performansa dayalı ücret sistemi anahtar rolü oynar.
- Takım çalışmasının geliştirilmesi açısından performansa dayalı ücret yararlı olmaktadır. Takım performansına göre hesaplanan ödül takım üyelerine dağıtılmaktadır. Böylece kurumda takım çalışması yaygınlaştığı gibi takımların etkinliği de artmaktadır.
- Toplam kalite gibi yeni yönetim tekniklerinin uygulanmasında ödüllendirme yöntemi olarak performansa dayalı ücret sistemleri uygulanmakta ve performansa dayalı ücret bu tür tekniklere uygun düşmektedir. Bireysel performansların artması örgütün toplam performansını artırmaktadır. Bu da kaliteyi artırarak örgütün hizmet kalitesinin devamını sağlamaktadır.

2.4.3. Performansa Dayalı Ücret Sisteminde Karşılaşılabilecek Zorluklar

Literatürde sistemin kendisi değil, uygulama hatalarının olumsuzluklara yol açtığı görüşü ağır basmakta ve bu açıdan uygulama sırasında yapılan hataların giderilmesi sistemin başarısı açısından belirleyici olmaktadır (60). Performansın sağlıklı bir biçimde ölçülmesi oldukça zordur.

Değerlendiricilerden kaynaklanan değerlendirme hataları ve kullanılan değerlendirme yöntemlerinin yetersiz yönleri bunlardan başlıcalarıdır. Ayrıca çalışanların performansın adil, rasyonel ve objektif bir biçimde belirlenmesi konusunda güvensizliği sistemin başarısını etkileyecektir.

Performans bağlantılı ücret sistemlerinin yönetsel performansa etkisini tespit edebilmede zorluklar vardır. Çünkü performans kültürünün oluşturulmasında performans bağlantılı ücret sisteminin başarılı olup olmadığını sistematize edebilmek kolay değildir.. Bunun dışında özellikle tepe yöneticileri bakımından performansa bağlı ücretin gerçek hedefe ulaşma mı yoksa çalışma piyasası şartlarının zorlaması sunucunda başvurulmuş bir yöntem mi olduğu hususunda belirsizlikler olabilir (58).

Birçok ülke en üst düzeydeki yöneticiler dışında personelin motivasyonu için performans bağlantılı ücret sistemini kamu hizmetlerinde uygulamaktadır. Bütünüyle değerlendirildiğinde iyi performansın ödüllendirilmesi prensibinin çekiciliğine rağmen başarının sınırlı olduğu ileri sürülmektedir. İngiltere’de yapılan bir araştırmada personelin %60’ı performans bağlantılı ücret sisteminin ilkelerini olumlu bulurken, büyük bir çoğunluk kendi kurumlarındaki uygulamalardan hayal kırıklığı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Uygulamanın adaletsiz yapıldığı, personeli yeterince motive etmediği ve kıskançlıklara neden olduğu belirtilmiştir (58). Performans bağlantılı ücret sistemi teoride oldukça popüler olmasına rağmen pratikte karşılaşılan sorunlar dikkate alındığından, performans kriterlerinin yeterince iyi tespit edilmediğinden kaynaklandığı şeklinde de değerlendirilebilir. Performans bağlantılı sistemin önemli sorunlarından biri, kişinin farklı çeşitte ödeme planına tabi olmasından dolayı performansındaki artışın doğrudan ücretine yansıtılmamasıdır. Yöneticiler çok kısa sürelerde birşeyler yapabilmenin baskısıyla bazı personelin işten ayrılmaması ya da daha yüksek performans göstermesi için bu kişilere daha yüksek oranlar uygulayabilirler. Ancak bu şekildeki uygulamalara personelin alışması nedeniyle gittikçe daha yüksek ücret taleplerini de beraberinde getirebilir (58).

Kamu hizmetlerinde yönetimin performansını tespit edebilmek oldukça zor olmakla birlikte birimlerin kazançlarını personele ücret olarak yansıtmak da hem kolay değildir hem de adil olamayabilir. Performans bağlantılı ücretin kendisini finanse edebildiği durumlarda da söz konusu olabilir. Örneğin Türkiye’de bazı kamu kurum ve kuruluşlarında ve devlet hastanelerinde döner sermaye ve benzeri uygulamalara gidilerek personele ek ödemeler yapılmaktadır. Bu uygulamaların performansı artırdığına dair bir delil olmadığı gibi ücretlerin yetersiz olduğu kamu kesiminde bu türden parça parça uygulamalar adaletsizliklere de yol açabilmektedir (58).

Tek taraflı ücret kontrolünün olduğu ülkelerde bütçe kontrolü, yerinden yönetim ve toplu sözleşme sistemi uygulanan ülkelere kıyasla daha iyi durumdadır. Bu ülkeler içinde ücret skalasını tek merkezli sözleşmelerle belirleyenler bütçe kontrolünü daha rahat yapabilmektedirler. Bununla birlikte bütçe kontrolüne önem veren ülkelerde etkinliğin artırılması ve yerinden yönetim gibi hedeflerin gerçekleştirilmesi buna bağlı olarak daha zor olmaktadır. Birbirleriyle rekabet eden çalışanlar arasında anlaşmazlıklar çıkabilir. Bu durum özellikle ekip çalışmasını gerektiren işlerde uyum, hız ve verimliliği olumsuz etkileyebilir. Takımı değil, bireyi ön plana çıkaran “bireysel performansa dayalı ücret”, takım çalışmasını engellemekte veya en azından takım çalışmasının etkinliğini azaltmaktadır. Uygulama maliyetleri yükselebilir. Öncelikle uygulamanın sağlıklı işleyebilmesi için “iş analizi” ve “norm kadro” çalışması yapılması zorunludur. Diğer taraftan performans ölçümü sürekli bir süreç olduğuna göre bunun gerektireceği maliyet unsurları da dikkate alınmalıdır.

Yöneticiler üzerinde ek bir baskı oluşabilir. Yöneticilerin personeli değerlendirme puanları üzerinde önemli bir role sahip olması, çalışanların yöneticilere subjektif baskılar kurmasını yoğunlaştırabilir. Bireysel başarıların ödüllendirilmesi, takım çalışmasının önemli olduğu hallerde grup dayanışmasını zayıflatmaktadır. Ayrıca, performansa dayalı ücret sisteminin uygulandığı gruplarda, farklı ücret alan kişiler arasında oluşan aşırı rekabet, işbölümü ve yardımlaşmaya da engel olmaktadır (61).

Bu sistemin demotivasyona yol açabileceğine dair görüşler de bulunmaktadır (62). Taylor’un geleneksel motivasyon kuramının artık işlemediğini iddia eden modern kuramlara göre, performansa dayalı ücret motivasyonu düşürebilir.

Bu kuramlara göre, performansın çok yakından izlenmesi ve denetlenmesi çalışanlarda olumsuz duygular uyandırmakta ve bu süreç motivasyona negatif olarak yansımaktadır. Çalışanların performans kriterlerine odaklanarak yaratıcılıklarını ve inisiyatif kullanma yeteneklerini kaybettikleri üzerinde duran bu kuramları araştırmak için yapılan çalışmalarda bulunan sonuca göre; performansa dayalı ücret sistemi nitelik ve yetkinlik düzeyi düşük çalışanlara uygulandığında onları motive etmekte ve performanslarını artırmaktadır ancak bu sistem nitelik ve yetkinlik düzeyi yüksek olan çalışanlara uygulandığında, motivasyon ve dolayısıyla da performans düşmektedir (62).

Sistemin uygulanması aşamasında etkinliğini düşüren olumsuz koşullar ise şunlardır:

- Performansın nesnel ölçümünün imkansız olduğu durumlarda bu sistemi uygulamaya koymak,
- Performans gerçekleştikten sonra hedefleri koymak,
- Belirlenen performans hedefleri çalışanın kolaylıkla başarabileceği yada asla başaramayacağı zorluk düzeyinde olduğunda,
- Performans hedefleri belirlenirken çalışanların katkısı ve görüşleri alınmadığında ve bu hedefler çalışanlar tarafından benimsenmediğinde,
- Amaç çalışanların geliştirilmesi yerine ödüllendirme ve cezalandırma olarak belirlenirse,
- Çalışanlara gerçekleştirdikleri performans hakkında doğru ve yeterli geribildirim (backfeed) verilmediğinde,

performansa dayalı ücret uygulamasının başarısı olumsuz olarak etkilenecektir (63). Ancak belirtilen koşulların iyileştirildiği durumda, sistemin başarılı olacağı ve motivasyon arttırıcı bir etkiye sahip olması ise kaçınılmazdır.

2.4.4. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği

Kamu hizmetlerinde bir yandan, artan yasal düzenlemeler, tüketici beklentilerindeki artış, daha fazla mali sorumluluk, kaynakların daha belirginleşmesi önem kazanmakta, diğer taraftan etkin bir hizmet verilmesi amacı da ön plana çıkmaktadır. İyi yönetim ve bunu yapabilecek insanları işe almak ve tutabilmek konusundaki baskılar her zamankinden çok daha fazladır.

Ücretin, hem kamu sektörü verimliliğini artırma hem de kamu sektörü tarafından üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirme mekanizması olarak görülmeye başlanmasına bağlı olarak ücretin kamu hizmetlerinde hız, kalite ve verimliliğin artırılması için önemli bir araç rolünden etkin istifade edilebilmesi yolu açılmış olacaktır. Bu durum performans bağlantılı sistemin önemini artırmaktadır (64).

Kamuda insan kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi, kamu hizmetlerinin gerektirdiği unvan, nitelik ve sayıda personel istihdamı ile mümkündür. Bunun için örgüt ve iş analizlerinin yapılması, iş tanımları ile bu işi yürütecek personelin nitelik ve sayısının belirlenmesi gerekmektedir. Böylece kamuda sayı ve nitelik itibarıyla kadro standardizasyonu uygulamasına geçilmesi halinde ölçülebilir ve karşılaştırılabilir nesnel ölçütler hazır olacağından, çalışanların işlerindeki performansını değerlendirmek daha kolay ve adil olacaktır. Performans sonuçlarına göre sorgulama ve ödül sistemi oluşturularak, çalışanlar başarı ve verimliliklerine göre kuruma yaptıkları katkı oranında değerlendirileceklerdir. Personel mevzuatındaki ödül, ikramiye ve teşvik sisteminin olağanüstü başarıya endeksli olması ve sıkça işletilen bir yöntem olmaması, çalışanlar üzerinde tam olarak motive edici etki yaratma fonksiyonunu azaltmaktadır. “Ne kadar çalışırsam çalışayım karşılığını görmüyorum” düşüncesi çalışanları durağanlığa sevketmekte, verimlilik ve etkinliği köreltmektedir. Ücret sistemlerinin orta ve üst düzey kamu yöneticileri için daha önemli bir unsur olduğu kabul edilebilir. Bu doğrultuda kamu yönetiminde kariyer arayışında olan adaylar için düşük bir ücret seviyesinden başlayarak, kariyerindeki ilerleme ile ücretin artırılmasını hedef alan bir sistem kullanılabilir. Bu yöntem hem performansı artıracak hem de daha fazla güdüleme imkanı sağlayacaktır.

Kamu kesiminde performans belirlemenin zorluğu, hükümetleri özellik arz eden belli kurumlarda çalışan personele daha fazla ücret ödemeye yönlendirilmektedir. Ancak bu durum, çalışanlar arasında ücret farklılığı nedeniyle iç denge sisteminin bozulmasına bağlı olarak motivasyon ve üretkenlik üzerinde olumsuz etki yapabilecektir. Tek taraflı ücret belirleme yerine çalışan temsilcilerinin de iştiraki ile toplu sözleşme sisteminin uygulanması iş ve performans analizi açısından olumlu etki yapacaktır.

Örneğin Türkiye’de kamu kesiminde çalışan memurların maaşları tek taraflı hükümet kararıyla belirlenmekte iken çalışanlara ücret belirlenmesinde taraf olması noktasında önemli gelişme sağlanmıştır. Diğer taraftan yerel yönetimlerde ve merkezi yönetimde işçi statüsünde çalışan kamu görevlileri için toplu sözleşme sistemi başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Aynı durum bir çok ülkede de söz konusudur. Çalışanların ücret belirleme kriterleri üzerinde katkılarının alınması iş ve performans analizlerinin sağlıklı yapılabilmesi açısından olumlu bir süreçtir.

Performans bağlantılı sistemde ancak objektif kriterlere dayalı ve açık bir verimlilik değerlendirme sistemi ile iş başarısı ölçülebilir. İş tanımlarının anlaşılır olması yanında çalışan personel ve yöneticilerin her ikisi de rollerin farkında olmak zorundadırlar. Yöneticilerin eğitilmesi, performans (personel) değerlendirmesinin başarısı açısından önem taşımaktadır. Yöneticiler sistem üzerinde yeterli bilgi ve kültür donanımına kavuşturulmalıdır. Ancak bu konu üzerinde yeterince durulmadığı zaman, ücretin performansa dayandırılmasına ilişkin huzursuzluklar veya sağlıklı değerlemeler olabilmektedir.

Kamu kesiminde performans değerlemesi ile ilgili çalışmaların sağlıklı ve gerçekçi bir zemine oturtulabilmesi, öncelikle kamu personeli kadro ve pozisyonlarına ilişkin “norm kadro”larının belirlenmiş olması gerekir. Bu bağlamda, “*Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Yapılacak Norm Kadro Çalışmalarında Uyulacak Usul ve Esaslar*” 2000/1658 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla 20.12.2000 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiş bulunmaktadır. Usul ve Esaslara göre; 1998/16 sayılı Başbakanlık Genelgesinde sayılan kurum ve kuruluşların memur, işçi ve sözleşmeli personel kadro ve pozisyonlarına ilişkin “norm kadroları” tespit edilirken, çalışmalara teşkilat (örgüt) analizi yapılarak başlanması gerekmektedir. İş analizleri ve iş ölçümleri yapıldıktan sonra bu analiz ve ölçümlere dayanılarak, her kadro/pozisyonlarda çalıştırılacaklarda aranacak nitelikler belirlenecek, son aşamada ise birim bazında gerekli kadro/pozisyon sayısı (norm kadro) tespit edilecektir. Norm kadro çalışmaları sonucunda, memur, işçi ve sözleşmeli personel kadro ve pozisyonlarının görev tanımlarının yapılması suretiyle hangi kadroya hangi nitelikteki personelin hangi şartlarla atanacağı belirlenebilecek ve kamudaki unvan sayısı azaltılabilecektir.

Ayrıca, birimler itibariyle standart kadro sayılarının tespiti ile personel fazlası bulunan kurumlardan personel açığı bulunan kurumlara personel aktarması sağlanabilecektir. Bu açıdan, norm kadro sistemi önemli ve olumlu bir aşama olarak görülmektedir.

Çalışanlara yapılan ödemenin kriterleri, her bir çalışanın pozisyonuna, pozisyonun gerektirdiği görevlere ve bu görevlerdeki performansına ve çalışanların bilgi, beceri ve kabiliyetlerine dayanmalıdır. Kamu hizmetlerindeki ücret sistemleri reformu, gerek emek piyasasında istihdam ve ücretlerdeki esneklik artışı gerekse bunun kamu sektörüne yansımalarının kaçınılmaz olması bilinci motivasyon unsuru sağlamaktadır. OECD raporunda da vurgulandığı üzere, bu tür bir reform uygulamayı düşünen yönetimler, üç ana enstrümanı kullanabilirler: Bunlardan birincisi kamu ve özel sektör rekabeti açısından geleneksel olarak kamu sektörü tarafından arz edilen hizmetlerde gerekli tedbirleri almalıdır. İkinci husus ücretlerin tespitinde yerinden yönetim ilkesinin yaygınlaştırılmasıdır. Üçüncü olarak ücretin bireyselleştirilmesinin sağlanmasıdır (64). Performans bağlantılı ücret sistemi bu üç ana enstrümanı desteklemektedir. Çalışanlar yüksek performansın daha yüksek maddi ödülleri getireceğine inandırılmalıdır. Düşük performans puanı ile yüksek performans puanına verilen ödüller arasındaki fark yeterince büyük değilse çalışanların sisteme ilgisi azalmaktadır. Hatta kurumun performansa yeterince önem vermediği duygusunun oluşmasına yol açabilmektedir. Ödülün çalışan tarafından önemli ve değerli olarak algılanması ve bireyin ihtiyaçlarının tatmininde bir araç niteliği taşıması gerekmektedir. Ücret ve performans arasındaki ilişki açık, anlaşılır ve dolaysız olmalıdır. Ayrıca ücretle performans arasında kurulan bu ilişki çalışanlar tarafından da tam ve doğru olarak algılanmalıdır (60).

Performansa dayalı ücretlendirme üzerine özellikle OECD'nin üye ülkeler üzerinde teşvik edici yönlendirmesi, sistemin yayılmasına olumlu katkılar sağlamaktadır. OECD üyesi olan ülkemiz için OECD deneyimlerinin dikkate alınması ile ülkemiz açısından sistemin artı ve eksilerinin analiz edilerek ulusal bazda çalışmalar yapılması hususunda yönlendirici bir kaynak imkanını da beraberinde getirmekte ve avantajlı bir süreç olarak dikkate alınmaktadır. Bu gelişme gerek somut adımların atılması gerekse uygulamanın yapıldığı ülke örneklerinin dikkate alınması açısından yeni açılımları da beraberinde getirecektir.

Performansa dayalı ücretin kamu kesiminde uygulanması eğitim ve kültürle alakalı bir kurumdur. Performans kültürü çok önemli bir unsur ve insan kaynaklarının yeniden yapılandırılmasını da gerektirmektedir. Bu konuda öncelik performans kültürü oluşumu sağlamak ve personelin bu konuda bilinçlenmesidir. Her şeyden önce, performansa dayalı ücret uygulamasında karşılaşılan güçlükler sistemin özrürlü oluşundan değil, daha çok uygulama hatalarından kaynaklanmaktadır. Bunun için sistem uygulanırken;

- İş hedeflerinin belirlenmesine çalışanların da katılımı,
- Açık ve karşılıklı olarak kabul edilen iş tanımlarının yapılması,
- Performans kriterlerinin açık, objektif ve anlaşılır olması,
- Çalışan temsilcilerinin de katıldığı bir itiraz mekanizmasının oluşturulması halinde, sistemin uygulaması başarı ile yürütülebilecektir (60).

2.5. Kavram Olarak Performans

Bir sağlık sistemi değerlendirilirken iki soruya cevap aranır. Bunlardan birincisi sistemin başarısı, yani elde edilen sonuçların (çıkıtı) nasıl ölçüleceğidir. İyi sağlık sistemi, beklentilerin karşılanması ve finansal katılım hedeflerinde nelerin başarıldığının belirlenmesidir. Sağlık sistemlerinin karşılaştırılması için kullanılabilecek çok fazla çıkıtı yoktur (13). Cevap aranan ikinci soru ise aynı kaynaklarla sistemin ulaşabileceğinin ne kadarını başardığı yani performansdır. Sağlık sistemleri performanslarının karşılaştırılması neleri başardıkları ve bunları nasıl yaptıklarının incelenmesi anlamına gelmektedir (1). Sağlık sistemi performansı ölçümünde sistemin her bileşeninin ve birbirleri ile olan ilişkilerinin ölçülmesi gerekmektedir (65). Bir sistem olarak işletmeler girdi, süreç ve çıkıtı fonksiyonlarından oluşmaktadır (65). Diğer bütün sistemler gibi sağlık sisteminde de insangücü, malzeme, sermaye ve teknolojinin oluşturduğu kaynaklar (girdi) kullanılarak (süreç) toplumun sağlık düzeyi (çıkıtı) yükseltilmeye çalışılmaktadır. Bu sistem içerisinde işletmelerin kendilerinden beklenen işlevlerini ne derece yerine getirdikleri yani performansları ölçülmelidir (66). Performans analizi önceden belirlenen standartlarla mevcut durumun karşılaştırılmasıdır (3). Performansı belirleyen ölçütlerin başında verimlilik gelmektedir.

Verimlilik, savurganlıktan uzak, kaynakları en iyi biçimde değerlendirerek üretmek demektir. Verimlilik "üretile mal ve hizmet miktarı ile bu mal ve hizmet miktarının üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki oran" olarak ifade edilebilir. Genellikle bu ölçü, çıktı/girdi olarak formüle edilir (67). Verimliliğin bir başka tanımı ise ekonomik faaliyetlerden elde edilen sonuçların ölçülerek, kıyaslanarak ortaya koyduğu olumlu netice şeklindedir (68). Farklı kesimleri ilgilendiren bir kavram olan verimliliğin, bir çok yazar tarafından değişik tanımları yapılmasına karşın bu tanımların ortak noktası kaynakların ürüne dönüşebilirlik düzeyini yansıtmasıdır. Belli kaynaklardan daha çok çıktı elde edilmesi ya da çıktının kaynaklardan daha hızlı çoğalması verimlilikteki yükselmeyi gösterir (69).

2.5.1. Sağlık Hizmeti Performansı Neden Değerlendirilir?

Sağlık sistemlerinin temel hedefi tartışmasız daha iyi bir sağlık düzeyidir. Bu hedefe ulaşıp ulaşılmadığı sağlık sisteminin değerlendirilmesi ile ortaya konulabilir. Değerlendirmenin daha nitelikli yapılabilmesi için araç ve yöntem arayışı Alma-Ata Konferansı öncesinden beri, değişmez tema olmaya devam etmektedir (6). Geçtiğimiz onbeş yılda ise sağlık sisteminin tüm bölümlerinde performans ölçümüne duyulan ilgi artmıştır (2,69).

Sağlık düzeyinin belirleyicileri karmaşık ilişkiler bütünü içindedir. Bu belirleyicilerin en önemlilerinden birisi gelir düzeyidir (70). Çeşitli araştırmalarda sosyoekonomik durumun yüksek olması ile düşük mortalite ve morbidite arasında ilişki saptanmıştır. Ayrıca iş, sosyal destek sistemleri, medeni durum ve ırk gibi faktörlerin mortalite hızları üzerine bağımsız etkileri vardır. Çevresel tehlikeler ve toksik ajanlar, meslek hastalıkları, su ve besin kirliliği ve ticari ürünlerin bileşenleri toplum sağlığı üzerine ölçülebilen etkileri olan belirleyiciler arasındadır. Bunlara ek olarak sigara alışkanlığı, beslenme, egzersiz, alkol kullanımı, motorlu taşıt kullanımı, cinsel aktivite ve şiddet gibi kişisel davranışlar da sağlık sonuçlarını anlamlı olarak etkilemektedir. Toplum sağlığını etkileyen bir çok faktör olduğundan sadece savurgan biçimde sağlık bakım sistemine para harcamanın sağlık düzeyine önemli katkı sağlaması beklenmemelidir. Sağlığa fazla para harcamak her zaman daha iyi sağlık anlamına gelmemektedir (69). Bazı ülkelerde sağlık sistemleri iyi düzenlenirken bazılarında zayıf kalmakta, sağlık harcamaları birbirine benzer olan ülkeler arasında performans çok değişebilmektedir.

Sağlık çıktılarını ölçmek ve diğer faktörlerin sağlık sistemine etkilerinin ortaya koymak zordur. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını, hastanın yaşam kalitesini ve süresini yükseltmedeki etkisinin ölçülmesi zorlukların başında gelmektedir (2). Bu nedenle sağlık sistemlerinin performansları ile ilgili bir çok sorunun basit ya da açık cevapları yoktur (70). Ancak İngiltere, Yeni Zelanda, Avustralya, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetleri alanında uygulanan performans ölçüm çalışmalarının "sağlık hizmeti çıktılarını artırdığı, hasta bakım kalitesini geliştirdiği, ulusal önceliklere ulaşılmasını sağladığı ve sağlıkta eşitsizlikleri azalttığı" saptanmıştır (2). Sağlık hizmetlerinin performansının ölçülmesine yönelik çalışmalar mevcut durumun değerlendirilmesiyle yeni hedeflerin belirlenmesine katkı sağlamaktadır.

2.5.2. Bazı Performans Değerlendirme Yöntemleri ve Uygulamalar

Sağlık sistemleri çok değişik yollarla analiz edilebilir (6). Performans ölçümünde hangi alanda hangi yöntemin seçileceğine dair kesin sınırlar yoktur (71). Ülkelerin sağlık durumları ile ilgili değerlendirmelerde, gayri safi milli hasıla (GSMH) içinden sağlığa ne kadar kaynak ayrıldığı sıkça dikkate alınır. Ancak, yalnızca bu göstergeye bakılarak bir ülkenin sağlık durumunun sorgulanması yerinde değildir.

2.5.3. Performansın Değerlendirilmesinde Hedeflenen Düzeye Göre Çalışmaların Gruplaması

Performans değerlendirme araçları, kullanılan değişkenler ve uygulanan yöntem açısından çeşitlilik göstermektedirler. Örneğin hem bölge, hem sağlık merkezi hem de toplum düzeyinde değerlendirme yapabilen yöntemler incelendiğinde aralarında büyük farklılıklar saptanabilmektedir (6). Geliştirilmiş olan performans değerlendirme araçlarından örnekler aşağıda özetlenmiştir:

1. Ağa Han Vakfı tarafından geliştirilen bir yöntemde hizmetler sağlık ve yönetim olarak iki başlık altında incelenmektedir. Sağlık hizmetleri; anne sağlığı, çocuk sağlığı, su ve sanitasyon, okul sağlığı, bazı hastalıkların kontrolü ve tedavisi gibi sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi başlıkları altında değerlendirilirken, yönetim hizmetleri; planlama, personel eğitimi, denetim, mali ve lojistik işler, bilgi yönetimi

ve toplum örgütlenmesini içermektedir. Sağlık bakanlıkları, sivil toplum örgütleri ve araştırmacılar tarafından kullanılmak üzere düzenlenen program Afrika, Asya ve Latin Amerika'da bazı gelişmekte olan ülkelerde kullanılmıştır (66, 72).

2. Rutin verilerin genellikle sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelere kullanılmak üzere düzenlenen ve Uganda, Pakistan ve Güney Sudan'da uygulanan bir başka yöntemde ise verilerin tamamına yakını dokümanların incelenmesi, bireysel görüşme ve gözlemlerle toplanabilmektedir. Bu yöntem sağlık merkezleri ya da bölgelerin karşılaştırılması ve sağlık kaynaklarının dağıtımında yönetime destek sağlamak için uygun bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (73).

3. DSÖ'nün geliştirdiği ve bölge, sağlık merkezi ya da toplum düzeyinde değerlendirme yapabilen bir başka yöntem de sağlık hizmetleri performansının hızlı ve çok yönlü değerlendirilmesi ve planlama için bilgi sağlanması amaçlanmaktadır. Bu yöntem hizmet performansını değerlendirmekte ve müşteri tatmini ve personel performansını da kapsayan "kalite" üzerine odaklanmaktadır. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri için geliştirilmiş olmasına karşın bu yaklaşım diğer sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için de uygundur. Her seviyede sağlık hizmeti değerlendirilmesine uyarlanabilen bu araç hizmetlerin rutin izlenmesinde de kullanılabilir. Bir çok Afrika ve Asya ülkelerinde kullanılan bu yöntem sağlık bakanlıkları yöneticileri ve hizmet verenler tarafından kullanılabilir (74).

4. Bölge sağlık sistemlerini değerlendirmek için nitel yöntemleri kullanmakta olan bir başka yöntem proje planlama-uygulama ve değerlendirmeye yardımcı olmaktadır. Hizmetleri toplum perspektifinden değerlendirmeyi amaçlayan bu yöntemde sağlık hizmetlerinde kalite, hakkaniyet, etkinlik ve sürdürülebilirlik kavramları irdelenmekte ve toplumun sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinin kullanımı incelenmektedir (75).

5. Bir başka yöntem, yoksul ülkelere sağlık yöneticilerinin kentsel ya da kırsal sağlık ihtiyaçlarının hızlı ve kesin şekilde belirlenmesi ve sorunların çözümünün bulunması için geliştirilmiştir. Tanzanya ve İngiltere başta olmak üzere Afrika, Avrupa ve Latin Amerika'da bir çok ülkede kullanılan yöntemde toplumun ihtiyaçları, yapısı, kapasitesi, fizik ve sosyoekonomik çevre, ulaşılabilen sağlık hizmetleri, sosyal hizmetleri ve sağlık politika alanları değerlendirilmektedir (76).

6. Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezi (CDC), Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) ve Sağlık Sistemleri Araştırması Latin Amerika Merkezi (CLAISS) tarafından performans değerlendirme için geliştirilen bir diğer yöntem 41 ülkede uygulanmıştır. Sağlık hizmetleri sisteminin 11 temel işlevinin, sistemin bütün düzeylerinden katılımcılar tarafından değerlendirildiği yöntemin bölgesel halk sağlığı performans ölçümünde geçerli bir araç olduğu saptanmıştır (77). Bu yöntem, Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında Türkiye’de de uygulanmıştır (78). Temel amacı, sağlık sistemi kalitesini geliştirmek ve stratejik planlama sürecini kolaylaştırmak için “eksiklik analizi” yapmak olan “Sağlık Hizmetleri Sistemi Temel İşlevlerinin Performans Ölçümü” aracı, sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yanlarının belirlenmesine de olanak sağlamaktadır (78,79).

DSÖ’nün 2000 yılı Haziran ayında yayınladığı, 191 ülkenin sağlık sistemlerinin karşılaştırıldığı rapor farklı ülkelerin sağlık sistemlerinin ortak bir ölçümle derecelendirildiği ilk rapordur (1). Sağlık sistemlerinin bütünüyle değerlendirildiği bu raporda önceden pek başarılı olarak görülmeyen bazı ulusal uygulamalar sıralamada üst sıralarda yer alırken, daha yukarılarda olması beklenen bazı sağlık sistemleri gerilerde yer almıştır (79).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, seçilmiş bir hastanede, sunulan üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Bu çalışmanın yapıldığı yer Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir. Bu hastanenin seçiminde ANEAH'nin özelliklerinin ve temsil gücü dikkate alınmıştır.

ANEAH Ankara'nın en eski sağlık kuruluşlarından. 1800 lü yılların ikinci yarısında "Gureba Hastanesi" ismi ile hizmet veren hastane, 1924 yılında çıkarılan bir yasa ile "Ankara Numune Hastanesi" ismini almıştır. O dönemdeki ismiyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca 1935 yılında Numune Hastanesi'nde çalışmak üzere Alman profesörler atanmıştır. Bu gelişme hastanenin bilimsel gelişimine büyük katkıda bulunmuştur. 1945 yılında açılan Ankara Tıp Fakültesi'nin kuruluş yıllarındaki çalışmalarında konularında uzman bazı hekimler öğretim üyesi olarak görevlendirilmiş, hastanenin bazı klinikleri Tıp Fakültesi'ne devredilmiştir. Bilimsel gelişme, eğitim ve hizmet üçlüsünün önem kazandığı hastane 1998 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ismini almıştır (80).

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakanlığı' nın en büyük hizmet ve eğitim hastanesidir. Eğitim, araştırma ve hizmet sorumluluklarını birlikte yürüten hastane aynı zamanda referans hastanesi olarak birçok konuda "hakemlik hizmetini" de yerine getirmektedir.

1109 fiili yatağı bulunan hastane 30 dalda hizmet, 25 dalda eğitim vermektedir. Merkez hastanede 114, acil serviste 9, Kolej ve Siteler semtleri ile Akyurt ilçesindeki semt polikliniklerinde sırasıyla 11, 12 ve 12 poliklinik odası bulunan ANEAH toplam 158 poliklinik odası ile hizmet vermektedir. Her biri 34 m² olan 25 odalı ameliyathane en yeni teknolojik donanımlarla yapılandırılmıştır. İçerisinde anesteziyoloji ve reanimasyon klinikleri, soyunma ve dinlenme odaları, ameliyat odaları, postoperatif anestezi ve yoğun bakım ve uyanma birimleri bulunmaktadır (80).

68 yataklı 10 adet yoğun bakım ünitesi, 7 yataklı hemodiyaliz ünitesi bulunan hastanede ayrıca 12 hastanın aynı anda ayakta tedavi görebileceği fizyoterapi ünitesi bulunmaktadır. Tıbbi Onkoloji Kliniği'ne bağlı olarak hizmet veren Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde, hastaların ayakta tedavileri yürütülmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilen acil servis; toplam 42 yataklı cerrahi ve iç hastalıkları servisi, ameliyathanesi, yoğun bakım, laboratuvar ve radyoloji üniteleri ile her türlü acil girişime yanıt verebilmektedir (80).

Toplam 2875 kadrolu, 1077 sözleşmeli personeli bulunan hastanede; 2005 yılı itibarıyla 61 klinik şefi, 2 klinik şef vekili, 66 klinik şef yardımcısı, 118 başasistan, 238 uzman, 606 asistan, 78 pratisyen hekim, 18 müdür yardımcısı, 669 ebe ve hemşire, 92 genel idare personel, 66 teknik personel, 404 diğer sağlık personeli ve 88 yardımcı hizmetli bulunmaktadır.

Ayrıca hastanenin temizlik, bilgi işlem, sekreterlik, danışma, sedye ve asansör görevlisi hizmetleri hastane dışından ihale yoluyla satın alınmaktadır. Buna göre; hastanede, 10 danışma görevlisi, 16 sedye görevlisi, 6 asansör görevlisi, 695 temizlik görevlisi, 170 bilgi işlem görevlisi, 180 güvenlik görevlisi çalışmaktadır (80).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni; Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çalışanlarıdır. Araştırmada ANEAH çalışanlarından Evren Sayısı Bilinen Örneklem Formülü ile hesaplanan örneklem büyüklüğüne unvan gruplarına göre Tabakalı Rastgele Örneklem yöntemiyle belirlenmiş, araştırma grubuna çıkan ve katılmayı kabul edenlere düzenlenen anket uygulanmıştır.

Evren Sayısı Bilinen Örneklem Formülü:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki kişi sayısı,

T: α -1 Yanılma düzeyi (1,96)

p: Olayın görülme olasılığı (0,50),

q: 1-p,

d: $\pm$ Standart Sapma veya Standart Hata (0,05)

Buna göre ANEAH’de görevli 2875 kadrolu personelin unvan gruplarına göre dağılımında; 129 Şef- Şef yardımcısı, 656 Uzman Doktor, 78 Pratisyen Doktor, 744 Hemşire- Sağlık Memuru, 404 Diğer Sağlık Personeli, 176 İdari Personelin mevcut olduğu görülmüştür. Yukarıdaki formüle göre belirlenen sayı 383 tür. Bu sayının tabakalı rastgele örnekleme göre dağılımı yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme: ANEAH’de 4 yıldan daha uzun süredir çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık personeli arasından tabakalı örneklem yöntemi ile her gruptan seçilen 19 yönetici ve idari görevli, 33 şef ve şef yardımcısı, 75 uzman doktor, 15 pratisyen doktor, 186 hemşire ve sağlık memuru, 55 diğer sağlık görevlisi olmak üzere toplam 383 sağlık çalışanı olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma sonucunda Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin performans öncesi ve sonrası memnuniyet derecelerinin değerlendirildiği bir model ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu nedenle çalışmada değişken olarak Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin çalışanlarına uygulanan anket formu ile toplanan veriler kullanılmıştır (Ek.1). Ayrıca çalışmanın diğer bölümünü ise ANEAH’ın 2001- 2005 yılları arasındaki poliklinik sayıları, yatış- ameliyat sayıları, tetkik sayıları gibi sayısal verilerdeki değişim oluşturmaktadır.

3.4.1. Araştırmanın Değişkenlerinin Gruplanması

Araştırmada performans öncesi ve sonrası memnuniyet derecelerinin değerlendirilmesi için kullanılan 20 değişkenin önce ve sonra olarak iki ana gruba ayrılması amacıyla uzman görüşü alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli

Araştırma için uygun bir anket formu düzenlenerek 2001- 2005 yılları arasında en az 4 yıldır ANEAH’da çalışan hekim ve hekim dışı sağlık personeli arasından tabakalı örneklem yöntemi ile her gruptan seçilen (19 yönetici ve idari görevli, 33 şef ve şef yardımcısı, 75 uzman doktor, 15 pratisyen doktor, 186 hemşire ve sağlık memuru, 55 diğer sağlık görevlisi) toplam 383 sağlık çalışanı ile yüzyüze görüşme yapılmıştır. Görüşmeler araştırmacı ve araştırmacı tarafından eğitilen iki pratisyen hekim tarafından Mart 2006- Kasım 2006 döneminde yapılmıştır.

Araştırmada performans öncesi ve sonrası memnuniyet derecelerinin değerlendirilmesi için uygulanan anket dışında, araştırmanın ikinci bölümü için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin mevcut verilerinin araştırmanın veri kaynağı olarak kullanılması uygun bulunmuştur. 2001-2005 yılları arasında hastaneye başvuran hastaların sayısı, cins, yaşları, hastalıkların dağılımı, yatan hastaların yatış süreleri, ölüm oranları, vb. arşivler taranarak elde edilip, değişimler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Verilerinin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 programına girilmiştir. Çalışanların performans öncesi ve sonrası memnuniyet durumlarını değerlendirmek amacıyla, parametrik özellikleri yerine getiren gruplarda; Student-t testi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, non-parametrik özellikteki gruplarda Wilcoxon, bağımlı örneklerdeki iki eş arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır. Ankette 5'li Likert ölçekli sorularda, seçeneklere 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde değerler verilmiştir. 5'li Likert ölçeğinde sorulan yargı cümlelerinde aritmetik ortalama kullanılmıştır. Verilere bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) uygulanmıştır. İki'den fazla bağımsız grup karşılaştırıldığında ve parametrik varsayımlar yerine getirildiğinde ise varyans analizi (Anova) uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ seçilmiştir.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın ankete dayalı kısmında 20 değişken incelenmiştir. Ancak yürürlüğe konulan sistemin getirdiği yenilikler, çalışanları doğrudan etkilemesi gibi özellikler göz önüne alınınca araştırmada daha fazla sayıda değişkenin incelenmesi çalışanların sistem hakkındaki düşüncelerinin anlaşılması için yardımcı olabilirdi. Analize dahil edilememiş bir çok değişken olması bu çalışmanın önemli kısıtlılıklarıdır.

Hastane verilerinin değerlendirilmesi kısmında ise Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin büyüklüğü, yaygın yerleşim yapısı ve aşırı talebin getirdiği yoğunluk sonucu, hastane verilerinin sayısal çokluğu yanında çeşitliliği de çalışmanın sınırlarını zorlamaktadır.

Yine hastane kayıt sisteminde zaman içerisinde olan değişiklikler verileri daha sağlıklı duruma getirmeye başlamışsa da önceki yıllara ait verilerdeki eksiklikler standardizasyonunu zorlaştırmaktadır.

Önemli bir kısıtlılık da performansa dayalı döner sermaye ödemeleri ile ilgili kurallarda zaman içerisinde yapılan değişikliklerdir. Sistemin yeniliği, gereksinimler, uygulamada karşılaşılan farklı durumlar bu değişikliklerin yapılmasını gerektirmektedir. Bu araştırmanın yapılmasını izleyen dönemlerde de performans uygulaması konusunda bazı değişiklikler olmuştur. Bu durum bu çalışmanın sonuçlarının uygulamaya aktarılmasını sınırlamaktadır.

Ayrıca araştırmanın sadece çalışanlar üzerinde yapılması döner sermaye ödemesi ile etkilenen memnuniyet durumunun hasta memnuniyetini nasıl etkilediğinin bilinmemesi araştırmanın kısıtlılıklarındandır. Poliklinik, tetkik, ameliyat sayılarındaki değişimin hastaları olumlu ya da olumsuz etkileyeceği düşünülmelidir.

4.BULGULAR

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 8/11/2002 tarih ve 25299 sayılı yönerge ile başlatılan "Kurumsal Kaliteyi Geliştirme" projesi çerçevesinde performansa dayalı hizmet modeli Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda uygulamaya konmuştur (81). Bu modelin amacı genel olarak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin iyileştirilmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ile hizmet sunan personelin teşvik edilmesidir.

4.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) Çalışanları Memnuniyet Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Performansa dayalı çalışma uygulaması öncesi ve sonrası dönemlerin değerlendirilmesi amacıyla Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) çalışanlarına memnuniyetlerini ölçmeyi amaçlayan bir anket formu uygulanmıştır. Bu bölümde uygulanan anket formu ile elde edilen ANEAH çalışanlarının performansa dayalı döner sermaye ödeme sistemi uygulaması hakkında bildirdikleri görüşlerinin analizine ait bulgular sunulmaktadır.

4.1.1. Araştırma grubuna Ait Bazı Demografik Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırma grubuna ait demografik bulgulardan cinsiyet, yaş ve unvanlarına göre dağılımı Tablo 4.1.1.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2001-2005 Yılları Arasında Çalışan ve Araştırma Grubunu Oluşturan Kişilerin Cinsiyet, Yaş ve Unvanlarına Göre Dağılımı (Ankara 2006)

	Sayı (n:383)	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	153	39,9
Kadın	230	60,1
Yaş Grubu (yıl)		
≤ 29	31	8,1
30-34	68	17,8
35-39	105	27,4
40-44	64	16,7
45-49	78	20,4
50 +	37	9,7
Unvan		
Uzman Hekim	75	19,6
Şef-Şef Yardımcısı	33	8,6
Pratisyen Hekim	15	3,9
Müdür-Müdür Yardımcısı	19	5,0
Hemşire-Sağlık Memuru	186	48,6
Diğer	55	14,4

Çalışma grubunun % 60,1'i kadınlardan, % 39,9'u erkeklerden oluşmaktadır. Grubun genel yaş ortalaması $39,7 \pm 7,7$ yıl olup, katılımcıların % 27,4'ü 35-39 yaş grubunda yer almaktadır. Araştırma grubu % 19,6 uzman hekim, % 8,6 Şef-şef yardımcısı, % 3,9 pratisyen hekim, % 5 müdür-müdür yardımcısı ve % 48,6 ile hemşire ve sağlık memurundan oluşmaktadır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş ve unvanlarının dağılımı Tablo 4.1.1.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan ve Araştırma Grubunu Oluşturan Kişilerin Cinsiyete Göre Yaş ve Unvanlarının Dağılımı (Ankara 2006)

	CİNSİYET			
	Erkek (n:153)		Kadın (n:230)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş Grubu (yıl)				
≤ 29	16	10,5	15	6,5
30-34	26	17,0	42	18,3
35-39	36	23,5	69	30,0
40-44	20	13,1	44	19,1
45-49	32	20,9	46	20,0
50 +	23	15,0	14	6,1
Ortalama ± Standart hata	40,9 ± 0,70 yıl		39,25 ± 0,45 yıl	
Ki-Kare: 12,91 p= 0,02				
Unvan				
Uzman Hekim	36	23,5	39	17,0
Şef-Şef Yardımcısı	28	18,3	5	2,2
Pratisyen Hekim	13	8,5	2	0,9
Müdür-Müdür Yardımcısı	6	3,9	13	5,7
Hemşire-Sağlık Memuru	52	34,0	134	58,3
Diğer	18	11,8	37	16,1
Ki-kare: 56,30 p<0,01				

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş dağılımları incelendiğinde; cinsiyetlere göre yaş gruplarının farklı olduğu ve bu farkın kadınların 35-39 ve 40-44 yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsiyete göre unvanlar karşılaştırıldığında, unvanları cinsiyetlerde farklı olduğu kadınların büyük grubunun hemşire ve sağlık memuru grubunda bulunduğu bulunmuştur. Cinsiyetlere göre unvanlarda farklılık vardır ve bu fark istatistiksel olarak da önemlidir ($p<0,05$).

Tablo 4.1.1.2.'de ayrıca cinsiyetlere göre yaş ortalamaları incelenmiş olup; erkeklerin yaş ortalamasının $40,49 \pm 1,24$ yıl, kadınların yaş ortalamasının $39,25 \pm 1,24$ yıl olduğu saptanmış ve grubumuzdaki kişilerin yaş ortalamalarının cinsiyetlere göre farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F=15,05$ $p<0,05$).

4.1.2. ANEAH Çalışan Memnuniyet Anketi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ankara Numune Araştırma ve Eğitim Hastanesi'nde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere uygulanan, memnuniyet algılamalarını değerlendirmek amaçlı anket sonuçlarına ait bulgular performansa dayalı döner sermaye ödeme sistemi öncesi ve sonrası olarak bu bölümde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.2.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Manevi Değerin Takdir Edilmesi” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Manevi Değerin Takdir Edilmesi			
	Performans Öncesi* X ± Sx	Performans Sonrası* X ± Sx	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:73)	2,25 ± 0,13	2,14 ± 0,13	-0,01 – 0,23	0,07
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	2,58 ± 0,26	2,30 ± 0,22	0,05 – 0,49	0,01
Pratisyen Hekim (n:14)	2,50 ± 0,36	2,29 ± 0,29	-0,30 – 0,73	0,39
İdari Personel (n:17)	2,18 ± 0,29	2,24 ± 0,30	-0,44 – 0,33	0,75
Hemşire-Sağ.Mem. (n:176)	2,43 ± 0,08	2,28 ± 0,09	0,02 – 0,27	0,25
Diğer Sağ.Çal. (n:51)	2,16 ± 0,18	2,08 ± 0,16	-0,09 – 0,25	0,37
*=Unvan grupları arasında fark yoktur				

Memnuniyet algılaması olarak değerlendirilen “verilen hizmetin manevi değerinin takdir edilmesi” performans öncesi ve sonrasında Uzman Hekim ve Şef-Şef Yardımcıları tarafından farklı olarak değerlendirilmiş olup bu fark Şef-Şef Yardımcılarında istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p= 0,01). Ancak Uzman Hekim ve Şef-Şef Yardımcılarının değerlendirmeleri incelendiğinde performansa dayalı çalışmadan önceki değerlendirmelerinin memnuniyet algı puanlarında daha yüksek olduğu saptanmıştır. Performans öncesi ve sonrası “manevi değer takdir edilmesi” unvanlara göre incelendiğinde performans öncesi ve sonrası değerlendirmede unvanlar arasında fark yoktur.

Tablo 4.1.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz			
	Performans Öncesi X ± Sx	Performans Sonrası X ± Sx	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:73)	2,38 ± 0,13*	2,45 ± 0,14*	-0,21 – 0,07	0,34
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	3,00 ± 0,19	3,18 ± 0,22*	-0,44 – 0,08	0,16
Pratisyen Hekim (n:14)	3,33 ± 0,30*	3,47 ± 0,29*	-0,42 – 0,15	0,33
İdari Personel (n:17)	3,29 ± 0,29	3,57 ± 0,29*	-0,81 – 0,00	0,26
Hemşire-Sağ.Mem. (n:176)	3,34 ± 0,09*	3,43 ± 0,09*	-0,15 – -0,03	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:51)	2,89 ± 0,18	3,04 ± 0,19*	-0,38 – 0,08	0,20
Performans Öncesi: F: 8,44 p: <0,01				
Performans Sonrası: F: 8,79 p: <0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Çalışma grubunun memnuniyet durumları “yeterli tıbbi malzemeye sahip olma” önermesi için incelendiğinde, sadece hemşire- sağlık memurlarının işlerini yapabilmek için yeterli tıbbi malzemeye sahip olma durumlarının performans sonrası dönemde daha iyi olduğunu değerlendirdikleri ve bunun istatistiksel yönden de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışma grubunda bulunan hastane çalışanlarının, hemşire- sağlık memurları dışında performans öncesi ve sonrası dönemde yeterli tıbbi malzemeye sahip olma durumlarını farklı değerlendirmemişlerdir. Bu durumda hastanede bulunan tıbbi malzemenin genellikle hemşireler tarafından kullanıldığını ayrıca Hekim grubunun malzeme konusunda genelde hemşire ve sağlık memurlarından talepte bulunduğu düşünülebilir. Unvanlara göre performans öncesi ve sonrası ayrı ayrı incelendiğinde yeterli tıbbi malzemeye sahip olma durumunu uzman hekim, pratisyen hekim ve hemşire- sağlık memurları farklı olarak değerlendirmişlerdir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır, performans sonrası değerlendirmede ise tüm unvan grupları arasında fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.1.2.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz			
	Performans Öncesi $X \pm S_x$	Performans Sonrası $X \pm S_x$	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:72)	2,71 $\pm$ 0,14	2,67 $\pm$ 0,14	-0,12 – 0,20	0,34
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	2,82 $\pm$ 0,16	2,79 $\pm$ 0,15	-0,20 – 0,26	0,79
Pratisyen Hekim (n:15)	2,60 $\pm$ 0,34	2,47 $\pm$ 0,31	-0,49 – 0,76	0,65
İdari Personel (n:15)	3,27 $\pm$ 0,32	3,00 $\pm$ 0,31	-0,27 – 0,80	0,30
Hemşire- Sağ.Mem.(n:166)	2,58 $\pm$ 0,11	2,46 $\pm$ 0,11	0,04 – 0,19	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:47)	2,98 $\pm$ 0,20	2,66 $\pm$ 0,19	-0,09 – 0,55	0,01
Unvan grupları arasında fark yoktur				

Araştırmaya katılmayı kabul eden ANEAH çalışanlarının yeterli personele sahip olma durumları hakkındaki düşünceleri performans öncesi ve sonrası incelendiğinde hemşire- sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanlarının yeterli personele sahip olma konusunda performans öncesinde ve sonrasında farklı fikirlere sahip oldukları performans sonrasında personel sayısında azalma olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Hastane diğer çalışanları performans öncesi ve sonrası personel sayısında değişim olmadığı görüşünde olup çalışan gruplar arasında da fark yoktur.

Tablo 4.1.2.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz			
	Performans Öncesi $X \pm Sx$	Performans Sonrası $X \pm Sx$	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:74)	2,15 $\pm$ 0,12	2,20 $\pm$ 0,12*	-0,20 – 0,09	0,47
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	2,64 $\pm$ 0,17	2,76 $\pm$ 0,19	-0,41 – 0,17	0,40
Pratisyen Hekim (n:15)	2,27 $\pm$ 0,35	2,33 $\pm$ 0,32	-0,56 – 0,42	0,77
İdari Personel (n:16)	3,13 $\pm$ 0,33*	3,56 $\pm$ 0,29*	-0,87 – 0,00	0,05
Hemşire-Sağ.Mem. (n:171)	2,68 $\pm$ 0,08*	2,77 $\pm$ 0,08*	-0,19 – 0,01	0,08
Diğer Sağ.Çal. (n:49)	2,71 $\pm$ 0,19	2,88 $\pm$ 0,20	-0,40 – 0,07	0,17
Performans Öncesi: F: 4,15 p: <0,01				
Performans Sonrası: F: 6,07 p: <0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırma grubunda bulunan idari personel performans sonrasında, performans öncesine göre “işlerini yapabilmek için yeterli mali kaynağa sahip olma” durumlarının daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0,05$). Klinikte mali kaynakla uğraşmayan veya mali kaynak yaratmak görevleri olmayan çalışanlar mali kaynağın farklılığı hakkında performans öncesinde ve sonrasında farklı görüşler bildirmemişlerdir. Ancak performans öncesinde çalışanlar arasında mali kaynağa sahip olma konusunda fark olup farkı yaratan grup idari personel, hemşire ve sağlık personelidir. Performans sonrasında mali kaynak yaratma konusunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0,05$). Farkı yaratan gruplar ise; Uzman hekim, hemşire- sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Performans öncesi ve performans sonrası dönemde ANEAH’de çalışanların çalışma ortamının fiziki koşulları ile ilgili görüşleri unvanlara göre değerlendirilmiş olup Tablo 4.1.2.5.’de sunulmuştur.

Tablo 4.1.2.5. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz			
	Performans Öncesi $X \pm Sx$	Performans Sonrası $X \pm Sx$	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:74)	2,11 $\pm$ 0,14	2,14 $\pm$ 0,14	-0,11 – 0,06	0,53
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	2,45 $\pm$ 0,20	2,52 $\pm$ 0,34	-0,24 – 0,12	0,49
Pratisyen Hekim (n:15)	2,00 $\pm$ 0,26	2,27 $\pm$ 0,27	-0,40 – 0,26	0,67
İdari Personel (n:16)	2,25 $\pm$ 0,23	2,38 $\pm$ 0,26	-0,51 – 0,36	0,50
Hemşire- Sağ.Mem. (n:161)	2,41 $\pm$ 0,09	2,35 $\pm$ 0,10	0,02 – 0,10	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:49)	2,49 $\pm$ 0,17	2,45 $\pm$ 0,18	-0,15 – 0,24	0,67
Unvan grupları arasında fark yoktur				

ANEAH’de çalışanlarında yürütülmüş olan performans öncesi ve sonrası memnuniyet anketi sonuçlarında çalışanların unvanlarına göre çalışma ortamının fiziki koşullarının yeterliliği incelenmiş yeterli tıbbi malzemede olduğu gibi fizik koşulların da performans sonrası farklı olduğunu hemşire- sağlık memurları belirtmiştir. Hemşire- sağlık memurları hem tıbbi malzeme sağlanmasında hem de fiziki koşullarda performans sonrasında, öncesine göre farklı olduğu düşüncesindedirler, ayrıca bu fark istatistiksel yönden de anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Performans öncesi ve sonrası unvan gruplarına göre fiziki koşullar yönünden fark yoktur.

Tablo 4.1.2.6. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	İşimizi Yapabilmek için Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz			
	Performans Öncesi (X ± Sx)	Performans Sonrası (X ± Sx)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:74)	4,38 ± 0,08	4,35 ± 0,08	-0,04 – 0,09	0,42
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	4,24 ± 0,11	4,06 ± 0,16	-0,03 – 0,39	0,08
Pratisyen Hekim (n:15)	4,13 ± 0,17	3,93 ± 0,27	-0,23 – 0,63	0,33
İdari Personel (n:16)	3,88 ± 0,26	3,94 ± 0,21	-0,43 – 0,30	0,72
Hemşire-Sağ.Mem. (n:161)	4,27 ± 0,06	4,25 ± 0,06	-0,01 – 0,03	0,16
Diğer Sağ.Çal. (n:51)	4,06 ± 0,14	4,08 ± 0,13	-0,17 – 0,13	0,80
Unvan grupları arasında fark yoktur				

Araştırmaya katılanların performans öncesi ve sonrası, ayrıca unvanlara göre performans öncesi ve sonrası “yeterli bilgi ve beceriye sahip olma” konusunda fikirleri farklı olmayıp, her iki durumda da bilgi ve becerilerini iyi olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 4.1.2.7. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz			
	Performans Öncesi (X ± Sx)	Performans Sonrası (X ± Sx)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:74)	3,58 ± 0,14	3,64 ± 0,14	-0,20 – 0,09	0,45
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	3,73 ± 0,13	3,64 ± 0,17*	-0,15 – 0,33	0,45
Pratisyen Hekim (n:15)	3,00 ± 0,35	3,13 ± 0,35*	-0,42 – 0,15	0,33
İdari Personel (n:17)	2,94 ± 0,29	3,12 ± 0,27*	-0,59 – 0,24	0,38
Hemşire-Sağ.Mem. (n:171)	3,89 ± 0,09*	4,06 ± 0,08*	-0,06 – 0,12	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:50)	3,64 ± 0,20	3,70 ± 0,18	-0,25 – 0,13	0,52
Performans Öncesi: F: 3,25 p <0,01				
Performans Sonrası: F: 5,27 p <0,01 *:farkı yaratan gruplar				

ANEAH’de çalışan ve araştırmaya katılanlarda “bir iş planı içinde çalışıyoruz” önermesine verilen yanıtlar incelendiğinde performans öncesi unvanlar arasında fark olduğu ($p<0,05$) ve bu farkın hemşire- sağlık memurlarından kaynaklandığı, performans sonrası unvanlar arasındaki farkın devam ettiği ve farkın şef, şef yardımcısı, pratisyen hekim, idari personel ve hemşire-sağlık memurlarından kaynaklandığı saptanmıştır. Hemşire- sağlık memurları performans sonrasını performans öncesine göre daha iyi olduğunu belirtmişlerdir ve bu fark istatistiksel yönden de anlamlıdır ($p<0,01$).

Tablo 4.1.2.8. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz			
	Performans Öncesi (X ± Sx)	Performans Sonrası (X ± Sx)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:73)	3,16 ± 0,14*	3,37 ± 0,14*	-0,44 – 0,03	0,09
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	3,52 ± 0,19	3,82 ± 0,15	-0,74 – 0,14	0,17
Pratisyen Hekim (n:15)	3,13 ± 0,29	3,27 ± 0,37	-0,97 – 0,70	0,74
İdari Personel (n:16)	3,06 ± 0,32	3,31 ± 0,30	-0,85 – 0,35	0,39
Hemşire-Sağ.Mem. (n:166)	4,13 ± 0,10*	4,10 ± 0,09*	-0,29 – -0,12	0,50
Diğer Sağ.Çal. (n:48)	3,58 ± 0,21	3,65 ± 0,20	-0,36 – 0,24	0,68
Performans Öncesi: F: 9,72 p<0,01				
Performans Sonrası: F: 6,36 p<0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Çalışma grubunun “performansımızı artırmak için sürekli çaba sarf ediyoruz” önermesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde unvan gruplarına göre performans öncesi-sonrası arasında fark olmadığı saptanmıştır. Unvanlara göre performans öncesi ve sonrası ayrı ayrı incelendiğinde “performansımızı artırmak için sürekli çaba sarf ediyoruz” önermesine performans öncesi gruplar arasında fark olduğu ve farkın uzman hekim ve hemşire-sağlık memurundan kaynaklandığı bulunmuştur (F: 9,72, p<0,01). Performans sonrası unvanlar arasında fark vardır ve fark uzman hekim, hemşire ve sağlık personelinin kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.1.2.9. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Bizden Ne Beklendiğini Tam Olarak Biliyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Bizden Ne Beklendiğini Tam Olarak Biliyoruz			
	Performans Öncesi ($\bar{X} \pm S_x$)	Performans Sonrası ($\bar{X} \pm S_x$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:73)	3,20 $\pm$ 0,13	3,15 $\pm$ 0,14*	-0,06 – 0,14	0,41
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	3,67 $\pm$ 0,12	3,61 $\pm$ 0,14	-0,22 – 0,34	0,66
Pratisyen Hekim (n:15)	3,13 $\pm$ 0,38	3,20 $\pm$ 0,38	-0,21 – 0,08	0,33
İdari Personel (n:16)	3,06 $\pm$ 0,35	3,31 $\pm$ 0,35	-0,56 – 0,06	0,10
Hemşire-Sağ.Mem. (n:171)	3,85 $\pm$ 0,10*	4,06 $\pm$ 0,09*	-0,29 – -0,12	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:51)	3,45 $\pm$ 0,19	3,51 $\pm$ 0,20	-0,26 – 0,14	0,55
Performans Öncesi: F: 3,16 p<0,01				
Performans Sonrası: F: 8,58 p<0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan Hemşire- sağlık memurları performans sonrasında performans öncesine göre “bizden ne beklendiğini tam olarak biliyoruz” önermesine farklı cevap vermişlerdir ve fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$). Unvanlara göre performans öncesinde “bizden ne beklendiğini tam olarak biliyoruz” önermesine verilen cevaplar incelenmiş ve fark olduğu bulunmuştur, bu farkı yaratan grup ise hemşire ve sağlık personelidir. Performans sonrasında unvanlara göre aynı önerme ile ilgili görüşleri sorulduğunda unvanlar arasında fark olduğu ve bu farkın uzman hekim, hemşire- sağlık memurlarından kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4.1.2.10. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz			
	Performans Öncesi (X ± Sx)	Performans Sonrası (X ± Sx)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:73)	3,62 ± 0,12	3,58 ± 0,13*	-0,08 – 0,16	0,50
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	3,94 ± 0,06	3,85 ± 0,08*	-0,01 – 0,19	0,08
Pratisyen Hekim (n:15)	3,40 ± 0,32	3,20 ± 0,34*	-0,40 – 0,80	0,49
İdari Personel (n:14)	3,29 ± 0,38	3,50 ± 0,37*	-0,68 – 0,25	0,34
Hemşire-Sağ.Mem. (n:161)	4,34 ± 0,08*	4,37 ± 0,07*	-0,08 – 0,02	0,20
Diğer Sağ.Çal. (n:44)	3,75 ± 0,20	3,84 ± 0,19*	-0,33 – 0,14	0,44
Performans Öncesi: F: 7,07 p<0,01 Performans Sonrası: F: 10,94 p<0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan ANEAH çalışanları memnuniyet anketinde verilen önermelerden biri olan “ hastaların gereksinimlerini anlamak için sürekli çaba sarf ediyoruz” önermesine performans öncesinde ve sonrasında farklı cevaplar vermemişlerdir. Çalışanların unvanlarına göre performans öncesinde ve sonrasında verdikleri cevaplar incelendiğinde; “ hastaların gereksinimlerini anlamak için sürekli çaba sarf ediyoruz” önermesine performans öncesinde unvanlara göre verilen cevapların farklı olduğu (F:7,07, p<0,01) ve farkı yaratan grubun hemşire- sağlık memurları olduğu bulunmuştur. Aynı önermeye performans sonrası unvanlara göre verilen cevapların unvanlar arasında farklı olduğu ve tüm unvan gruplarının birbirinden farklı olduğu saptanmıştır (F:10,94, p<0,01).

Tablo 4.1.2.11. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz			
	Performans Öncesi (X ± Sx)	Performans Sonrası (X ± Sx)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:71)	3,13 ± 0,13	3,04 ± 0,13*	-0,05 – 0,22	0,22
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	3,76 ± 0,12*	3,45 ± 0,14*	-0,01 – 0,62	0,06
Pratisyen Hekim (n:14)	3,57 ± 0,36	3,21 ± 0,37*	-0,18 – 0,90	0,17
İdari Personel (n:15)	3,93 ± 0,25	3,20 ± 0,30	-0,66 – 0,12	0,16
Hemşire-Sağ.Mem. (n:171)	4,18 ± 0,07*	4,06 ± 0,07*	0,04 – 0,20	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:47)	3,62 ± 0,18	3,70 ± 0,20*	-0,30 – 0,13	0,44
Performans Öncesi: F: 13,59 p<0,01				
Performans Sonrası: F: 11,02 p<0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan ANEAH çalışanlarının “verdikleri hizmetlerden memnuniyetlerinin” uzman hekim, pratisyen hekim, idari personel, ve diğer sağlık çalışanlarının performans öncesi ve sonrası dönemde farklı olmadığı, hemşire- sağlık memurlarının performans öncesindeki memnuniyet puanlarının performans sonrasında yüksek olduğu ve farkında istatistiksel yönden önemli olduğu saptanmıştır (p<0,05). Araştırmanın yürütüldüğü dönemde performans öncesi unvanlar arasında verilen hizmet memnuniyet puanları arasında fark olup olmadığı incelenmiş olup, unvanlar arasında verilen hizmet memnuniyet puanları açısından fark olduğu, bu farkın anlamlı olduğu ve farkın şef-şef yardımcısı olanlar ile hemşire- sağlık memurları olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Performans sonrası verilen hizmetin memnuniyeti unvanlar arasında farklıdır, fark idari personeller hariç her unvan grubu arasındadır (F: 11,02, <0,01).

Tablo 4.1.2.12. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Verimli Çalışıyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Verimli Çalışıyoruz			
	Performans Öncesi ($X \pm Sx$)	Performans Sonrası ($X \pm Sx$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:68)	3,01 $\pm$ 0,13	3,07 $\pm$ 0,14*	-0,20 – 0,09	0,42
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	3,39 $\pm$ 0,17	3,29 $\pm$ 0,19*	-0,32 – 0,53	0,61
Pratisyen Hekim (n:15)	3,53 $\pm$ 0,32	3,33 $\pm$ 0,35	-0,53 – 0,93	0,57
İdari Personel (n:17)	3,12 $\pm$ 0,34	3,41 $\pm$ 0,32	-0,65 – 0,06	0,10
Hemşire-Sağ.Mem. (n:166)	3,92 $\pm$ 0,11*	4,07 $\pm$ 0,11*	-0,30 – 0,00	0,04
Diğer Sağ.Çal. (n:50)	3,52 $\pm$ 0,19	3,64 $\pm$ 0,19	-0,35 – 0,11	0,29
Performans Öncesi: F: 5,63 p<0,01				
Performans Sonrası: F: 7,86 p<0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan ANEAH çalışanlarının “verimli çalışıyoruz” önermesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde performans öncesi ve sonrasında hemşire- sağlık memurlarının “verimli çalışıyoruz” önermesine verdikleri yanıtların farklı olduğu, Performans sonrasında verimli çalışma puanlarının arttığı saptanmıştı ($p<0,01$). Performans öncesi unvanlar arasında verimli çalışma puanları incelendiğinde unvanlar arasında fark olduğu ve bu farkın diğer memnuniyet önermelerinde olduğu gibi hemşire- sağlık memurlarından kaynaklandığı sonucu elde edilmiştir (F:5,63, $p<0,01$). Performans sonrası verimli çalışma puanları çalışan gruplara göre incelendiğinde Uzman hekimlerde ve hemşire-sağlık memurlarında “verimli çalışıyoruz” önermesine verilen yanıtların diğer gruplara göre arttığı, şef-şef yardımcısı grubunda azaldığı saptanmış olup bu farkın istatistiksel yönden de anlamlı olduğu bulunmuştur (F:7,86 $p<0,05$).

Tablo 4.1.2.13. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir			
	Performans Öncesi ($X \pm Sx$)	Performans Sonrası ($X \pm Sx$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:73)	1,68 $\pm$ 0,15	2,15 $\pm$ 0,15	-0,73 – -0,21	<0,01
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	2,12 $\pm$ 0,19*	2,42 $\pm$ 0,20*	-0,88 – 0,28	0,29
Pratisyen Hekim (n:15)	1,67 $\pm$ 0,36	1,73 $\pm$ 0,29	-0,21 – 0,76	0,33
İdari Personel (n:17)	1,59 $\pm$ 0,26	2,06 $\pm$ 0,26	-0,92 – -0,02	0,04
Hemşire-Sağ.Mem. (n:176)	1,68 $\pm$ 0,07	1,80 $\pm$ 0,08*	-0,18 – -0,05	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:51)	1,31 $\pm$ 0,08*	1,65 $\pm$ 0,12*	-0,57 – -0,10	0,01
Performans Öncesi: F: 3,74 p<0,01				
Performans Sonrası: F: 3,18 p<0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan ANEAH çalışanlarının aldıkları döner sermayenin çalışanı tatmin edip etmediğine performans öncesi ve sonrası olarak bakıldığında; uzman hekim, idari personel ve hemşire-sağlık memurlarının döner sermayenin tatmin ediciliği hakkındaki düşüncelerinin performans sonrasında arttığı ancak ortalama puandan düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Performans öncesi dönemde meslek grupları arasında döner sermayenin tatmin ediciliği puanları farklı olup, bu fark şef-şef yardımcısı ve diğer sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır (F: 3,74, $p<0,01$). Meslek gruplarının aldıkları döner sermayenin tatmin ediciliği performans sonrasında farklı olup; fark şef-şef yardımcısı, hemşire-sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır (F: 3,18, $p<0,01$). Çalışanların döner sermaye hakkındaki puanları performans öncesinde ve sonrasında puanlama sisteminde olan en yüksek puan 5 puana yaklaşmamıştır. Bu sonuçta bize maddi olanakların kişilerin tatmin duygularını daha fazla etkilediğini göstermektedir. Performans sonrasında artan beklentinin karşılanmamış olduğu Tablo 4.1.2.13’ün sonuçlarından da görülmektedir.

Tablo 4.1.2.14. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır			
	Performans Öncesi (X ± Sx)	Performans Sonrası (X ± Sx)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:69)	2,28 ± 0,17*	1,84 ± 0,14	0,04 – 0,83	0,33
Şef-Şef Yardımcısı (n:29)	2,17 ± 0,23	2,07 ± 0,16*	-0,38 – 0,58	0,66
Pratisyen Hekim (n:15)	1,60 ± 0,30	1,47 ± 0,29	-0,06 – 0,33	0,16
İdari Personel (n:16)	1,63 ± 0,24	1,56 ± 0,22	-0,17 – 0,30	0,58
Hemşire-Sağ.Mem. (n:171)	1,70 ± 0,08*	1,67 ± 0,07	-0,05 – 0,11	0,46
Diğer Sağ.Çal. (n:48)	1,58 ± 0,13*	1,40 ± 0,11*	-0,01 – 0,38	0,06
Performans Öncesi: F: 3,87 p<0,01				
Performans Sonrası: F: 2,22 p: 0,05 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan ANEAH çalışanlarının aldıkları döner sermayenin adil hesaplandığına ait düşüncelerinin puanları puanlama sisteminde olan 1-5’in ortanca değeri 3 değerine yaklaşmamıştır. Ayrıca diğer sağlık çalışanları performans sonrasında öncesine göre döner sermaye adil hesaplanmaktadır önermesine daha az puan vermişlerdir ve fark istatistikî olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Performans öncesi dönemde alınan döner sermayenin adilce hesaplanması ile ilgili puanlamada unvanlar arasında fark vardır ve bu fark uzman hekim, hemşire- sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır (F: 3,87, $p<0,01$). Performans sonrası bu fark unvan gruplarında yer değiştirmiş olup şef-şef yardımcısı ve diğer sağlık personelinde fark kaynaklanmıştır (F: 2,22 $p:0,05$). Tüm çalışanların döner sermayenin adilce hesaplandığına olan inançları performans sonrasında öncesine göre düşmüştür. Ancak performans öncesinde de alınan döner sermayenin adilce hesaplanmasıyla ilgili puanlar yüksek olmayıp, bu konuda güven sorunu olduğu kanısına varılabilir.

Tablo 4.1.2.15. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor			
	Performans Öncesi ($X \pm Sx$)	Performans Sonrası ($X \pm Sx$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:73)	2,58 $\pm$ 0,15	2,38 $\pm$ 0,15*	-0,08 – 0,46	0,16
Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	2,79 $\pm$ 0,26	3,61 $\pm$ 0,19*	-1,24 – -0,39	<0,01
Pratisyen Hekim (n:14)	3,14 $\pm$ 0,42	3,07 $\pm$ 0,44	-0,08 – 0,22	0,34
İdari Personel (n:17)	3,18 $\pm$ 0,29	3,41 $\pm$ 0,29*	-0,58 – 0,11	0,16
Hemşire-Sağ.Mem. (n:171)	2,64 $\pm$ 0,09	2,81 $\pm$ 0,09*	-0,29 – -0,06	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:50)	2,92 $\pm$ 0,19	3,08 $\pm$ 0,19*	-0,41 – 0,09	0,20
Performans Sonrası: F: 5,38 p: <0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan Şef-şef yardımcısı ve hemşire-sağlık memurları “aldıkları döner sermayenin zamanında ellerine geçmesinin” performans sonrasında farklı olduğunu belirtmişlerdir ($p < 0,05$). Diğer meslek grupları performans öncesi ile sonrası arasında fark olmadığı belirtmiştir. Ayrıca performans öncesi dönemde meslek grupları arasında döner sermayenin zamanında alınıp alınmadığı yönünde fikir ayrılığı bulunmamakta olup, performans sonrası pratisyen hekimler hariç tüm meslek grupları arasında fark olduğu saptanmıştır (F: 5,38 $p < 0,01$).

Tablo 4.1.2.16. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz			
	Performans Öncesi ($X \pm Sx$)	Performans Sonrası ($X \pm Sx$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:63)	2,71 $\pm$ 0,15*	2,57 $\pm$ 0,16	-0,02 – 0,31	0,08
Şef-Şef Yardımcısı (n:30)	3,37 $\pm$ 0,21	3,13 $\pm$ 0,18	0,00 – 0,47	0,05
Pratisyen Hekim (n:14)	2,71 $\pm$ 0,40	2,64 $\pm$ 0,41	-0,08 – 0,22	0,34
İdari Personel (n:13)	2,77 $\pm$ 0,26	2,54 $\pm$ 0,33	-0,03 – 0,50	0,08
Hemşire-Sağ.Mem. (n:176)	3,29 $\pm$ 0,11*	3,03 $\pm$ 0,12	0,13 – 0,38	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:44)	3,32 $\pm$ 0,17	3,00 $\pm$ 0,21	0,09 – 0,54	0,01
Performans Öncesi: F: 2,70 p: 0,02 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılanların meslek gruplarına ve performans öncesi-sonrasına göre “hastalara yeterli zaman ayırma” durumları incelendiğinde; performans sonrasında hemşire- sağlık memuru, diğer sağlık çalışanlarının ve şef-şef yardımcılarının puanlarında azalma olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Performans öncesi unvan grupları arasında hastalara ayrılan zaman açısından fark olduğu ve farkın uzman hekim ve hemşire-sağlık memurlarından kaynaklandığı saptanmıştır (F: 2,70 p:0,02).

Tablo 4.1.2.17. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz			
	Performans Öncesi ($\bar{X} \pm S_x$)	Performans Sonrası ($\bar{X} \pm S_x$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:63)	3,44 $\pm$ 0,17	3,54 $\pm$ 0,16	-0,29 – 0,10	0,33
Şef-Şef Yardımcısı (n:30)	3,77 $\pm$ 0,20	3,57 $\pm$ 0,27	-0,17 – 0,57	0,28
Pratisyen Hekim (n:13)	2,77 $\pm$ 0,34	2,69 $\pm$ 0,37	-0,09 – 0,25	0,34
İdari Personel (n:15)	3,13 $\pm$ 0,31	2,87 $\pm$ 0,34	-0,22– 0,76	0,26
Hemşire- Sağ.Mem. (n:166)	3,49 $\pm$ 0,10	3,25 $\pm$ 0,12	0,06 – 0,42	0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:43)	3,19 $\pm$ 0,18	2,95 $\pm$ 0,20	0,00 – 0,46	0,05

Araştırma grubunda bulunya katılan hastane çalışanlarına memnuniyet anketinin parametrelerinden biri olan “gereksiz tetkik isteyip istemedikleri” sorusu yöneltilmiştir; performans öncesi ve sonrası bu önermeye verdikleri cevaplar çalışanların unvanlarına göre verdikleri cevaplarda yalnızca hemşire-sağlık memuru grubu performans öncesi ve tetkik yaptırmada farklılık olduğunu ifade etmişlerdir, performans sonrasında “gereksiz tetkik yaptırmıyoruz” sorusuna verilen cevap puanı performans öncesine göre daha düşük olarak saptanmıştır, fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Unvanlara göre verilen yanıtlarda performans öncesi ve sonrası fark yoktur.

Tablo 4.1.2.18. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir			
	Performans Öncesi (X ± Sx)	Performans Sonrası (X ± Sx)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:64)	2,73 ± 0,16	2,50 ± 0,15	0,05 – 0,42	0,02
Şef-Şef Yardımcısı (n:30)	3,33 ± 0,18*	3,87 ± 0,20*	-0,03 – 0,96	0,07
Pratisyen Hekim (n:14)	2,57 ± 0,33	2,43 ± 0,31	-0,17 – 0,45	0,34
İdari Personel (n:17)	2,59 ± 0,31	2,53 ± 0,32	-0,50 – 0,62	0,83
Hemşire-Sağ.Mem. (n:166)	3,02 ± 0,10*	2,93 ± 0,10*	-0,01 – 0,19	0,08
Diğer Sağ.Çal. (n:51)	2,65 ± 0,16	2,55 ± 0,18	-0,19 – 0,39	0,50
Performans Öncesi: F: 2,45 p: 0,03				
Performans Sonrası: F: 2,86 p: 0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılanların mesleklere göre performans öncesi ve sonrası “çalışma huzurlarının iyi ve yeterli olup olmadığı” incelendiğinde uzman hekim grubu performans sonrası çalışma huzuru ile ilgili puanlamada daha düşük puan vermiş olup bu fark istatistiksel yönden de farklı olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). Performans öncesi mesleklere göre çalışma huzurunun iyi ve yeterli olması ile ilgili puanlamada gruplar arasında fark olduğu ve farkın şef-şef yardımcısı ve hemşire-sağlık memurlarından kaynaklandığı saptanmıştır (F: 2,45, $p:0,03$). Performans sonrası mesleklere göre çalışma ortamının huzuruyla ilgili puanlamada fark olduğu bu farkın performans öncesinde olduğu gibi şef-şef yardımcısından ve hemşire-sağlık memurlarından kaynaklandığı saptanmıştır (F: 2,86 $p: 0,01$). Şef-şef yardımcısı performans sonrasında öncesine göre daha yüksek puan verirken hemşire ve sağlık memurları performans sonrası daha az puan vermişlerdir.

Tablo 4.1.2.19. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Yaşam Kalitemiz Yüksek” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Yaşam Kalitemiz Yüksek			
	Performans Öncesi ($\bar{X} \pm S_x$)	Performans Sonrası ($\bar{X} \pm S_x$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:64)	2,05 $\pm$ 0,12	2,14 $\pm$ 0,12	-0,23 – 0,05	0,18
Şef-Şef Yardımcısı (n:30)	2,40 $\pm$ 0,21	2,47 $\pm$ 0,18	-0,34 – 0,21	0,63
Pratisyen Hekim (n:14)	1,86 $\pm$ 0,36	1,93 $\pm$ 0,29	-0,23 – 0,08	0,34
İdari Personel (n:16)	2,13 $\pm$ 0,24	2,31 $\pm$ 0,30	-0,44 – 0,33	0,08
Hemşire- Sağ.Mem. (n:171)	2,32 $\pm$ 0,09	2,29 $\pm$ 0,09	-0,10 – 0,15	0,71
Diğer Sağ.Çal. (n:47)	2,11 $\pm$ 0,15	2,02 $\pm$ 0,16	-0,12 – 0,29	0,40

ANEAH’de çalışan ve araştırmaya katılan sağlık personelinin performans öncesi ve sonrası “yaşam kalitelerinin yüksekliği” ile ilgili olarak meslek gruplarına göre incelendiğinde unvan gruplarına göre performans öncesi ve sonrası fark olmadığı her iki durumda da unvan gruplarının ortalamasının altında puan verdikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan çalışanların performans öncesi ve sonrasında yaşam kaliteleri ile ilgili puanlamaları arasında fark yoktur.

Tablo 4.1.2.20. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrası Dönemde “Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir” Önermesine Verdikleri Yanıtların Unvanlarına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Unvan	Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir			
	Performans Öncesi ($X \pm Sx$)	Performans Sonrası ($X \pm Sx$)	%95 Güven Aralığı	p
Uzman Hekim (n:64)	2,72 $\pm$ 0,14	2,69 $\pm$ 0,15*	-0,09 – 0,15	0,60
Şef-Şef Yardımcısı (n:30)	3,33 $\pm$ 0,23*	3,13 $\pm$ 0,30	-0,03 – 0,43	0,08
Pratisyen Hekim (n:14)	2,57 $\pm$ 0,30	2,14 $\pm$ 0,29	-0,11 – 0,97	0,11
İdari Personel (n:17)	2,65 $\pm$ 0,26	3,00 $\pm$ 0,28	-0,81 – -0,00	0,11
Hemşire-Sağ.Mem. (n:176)	3,18 $\pm$ 0,10	3,29 $\pm$ 0,10*	-0,17 – -0,05	<0,01
Diğer Sağ.Çal. (n:50)	2,44 $\pm$ 0,14*	2,62 $\pm$ 0,16*	-0,41 – 0,05	0,12
Performans Öncesi: F: 4,38 p: <0,01				
Performans Sonrası: F: 5,50 p: <0,01 *:farkı yaratan gruplar				

Araştırmaya katılan Şef-şef yardımcısı olarak performans öncesi ve sonrası dönemde aynı yerde çalışan kişiler performans sonrası eğitim çalışmaları hakkında daha olumsuz düşüncelere sahip olup eğitim çalışmaları ile ilgili olarak daha düşük puan vermişlerdir ancak aradaki fark istatistiksel olarak önemli değildir. Hemşire-sağlık memuru grubu ise performans öncesine göre performans sonrası eğitim çalışmalarının daha iyi olduğunu düşünmektedirler ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Eğitim çalışmalarının yeterliliği performans öncesinde unvan gruplarına göre incelenmiş ve gruplar arasında fark olduğu ve bu farkın şef-şef yardımcısı ve diğer sağlık personellerinden kaynaklandığı saptanmıştır (F:4,38, $p < 0,01$). Performans sonrası aynı parametrenin yine meslekler arasında fark olduğu farkın uzman hekim, hemşire- sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanlarından kaynaklandığı saptanmıştır (F: 5,50, $p < 0,01$). Bu sonuçlar eğitim çalışmalarının aynı kurumda farklı unvan gruplarına farklı uygulandığını da düşündürülebilir.

Tablo 4.1.2.21. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Uzman Hekim Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Uzman Hekim (n:73)	Performans Öncesi F	Performans Sonrası F	%95 Güven Aralığı	p
Manevi Değerin Takdir Edilmesi	2,25 ± 0,13	2,14 ± 0,13	-0,01 - 0,23	0,07
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz	2,38 ± 0,13*	2,45 ± 0,14*	-0,21 - 0,07	0,34
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz	2,71 ± 0,14	2,67 ± 0,14	-0,12 - 0,20	0,34
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz	2,15 ± 0,12	2,20 ± 0,12*	-0,20 - 0,09	0,47
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz	2,11 ± 0,14	2,14 ± 0,14	-0,11 - 0,06	0,53
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz	4,38 ± 0,08	4,35 ± 0,08	-0,04 - 0,09	0,42
Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz	3,58 ± 0,14	3,64 ± 0,14	-0,20 - 0,09	0,45
Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarfediyoruz	3,16 ± 0,14*	3,37 ± 0,14*	-0,44 - 0,03	0,09
Bizden Ne Beklendiğini Tam olarak Biliyoruz	3,20 ± 0,13	3,15 ± 0,14*	-0,06 - 0,14	0,41
Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,62 ± 0,12	3,58 ± 0,13*	-0,08 - 0,16	0,50
Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz	3,13 ± 0,13	3,04 ± 0,13*	-0,05 - 0,22	0,22
Verimli Çalışıyoruz	3,01 ± 0,13	3,07 ± 0,14*	-0,20 - 0,09	0,42
Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir	1,68 ± 0,15	2,15 ± 0,15	-0,73 - -0,21	<0,01
Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır	2,28 ± 0,17*	1,84 ± 0,14	0,04 - 0,83	0,33
Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor	2,58 ± 0,15	2,38 ± 0,15*	-0,08 - 0,46	0,16
Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz	2,71 ± 0,15*	2,57 ± 0,16	-0,02 - 0,31	0,08
Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz	3,44 ± 0,17	3,54 ± 0,16	-0,29 - 0,10	0,33
Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir	2,73 ± 0,16	2,50 ± 0,15	0,05 - 0,42	0,02
Yaşam Kalitemiz Yüksek	2,05 ± 0,12	2,14 ± 0,12	-0,23 - 0,05	0,18
Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir	2,72 ± 0,14	2,69 ± 0,15*	-0,09 - 0,15	0,60

Uzman hekim unvan grubunun uygulanan anketteki sorulara verdikleri yanıtların performans öncesi ve sonrasına göre karşılaştırıldığında; “Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir” sorusuna verilen yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Diğer yanıtlar için fark bulunmamıştır.

Tablo 4.1.2.22. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Şef-Şef Yardımcısı Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performans Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Şef-Şef Yardımcısı (n:33)	Performans Öncesi F	Performans Sonrası F	%95 Güven Aralığı	p
Manevi Değerin Takdir Edilmesi	2,58 ± 0,26	2,30 ± 0,22	-0,05 - 0,49	0,01
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz	3,00 ± 0,19	3,18 ± 0,22*	-0,44 - 0,08	0,16
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz	2,82 ± 0,16	2,79 ± 0,15	-0,20 - 0,26	0,79
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz	2,64 ± 0,17	2,76 ± 0,19	-0,41 - 0,17	0,40
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz	2,45 ± 0,20	2,52 ± 0,34	-0,24 - 0,12	0,49
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz	4,24 ± 0,11	4,06 ± 0,16	-0,03 - 0,39	0,08
Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz	3,73 ± 0,13	3,64 ± 0,17*	-0,15 - 0,33	0,45
Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,52 ± 0,19	3,82 ± 0,15	-0,74 - 0,14	0,17
Bizden Ne Beklendiğini Tam olarak Biliyoruz	3,67 ± 0,12	3,61 ± 0,14	-0,22 - 0,34	0,66
Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,94 ± 0,06	3,85 ± 0,08*	-0,01 - 0,19	0,08
Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz	3,76 ± 0,12*	3,45 ± 0,14*	-0,01 - 0,62	0,06
Verimli Çalışıyoruz	3,39 ± 0,17	3,29 ± 0,19*	-0,32 - 0,53	0,61
Aldığımız Döner Sermaye Tatmin Edicidir	2,12 ± 0,19*	2,42 ± 0,20*	-0,88 - 0,28	0,29
Aldığımız Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır	2,17 ± 0,23	2,07 ± 0,16*	-0,38 - 0,58	0,66
Aldığımız Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor	2,79 ± 0,26	3,61 ± 0,19*	-1,24 - -0,39	<0,01
Hastalara Yeterli Zaman Ayrabiliyoruz	3,37 ± 0,21	3,13 ± 0,18	0,00 - 0,47	0,05
Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz	3,77 ± 0,20	3,57 ± 0,27	-0,17 - 0,57	0,28
Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir	3,33 ± 0,18*	3,87 ± 0,20*	-0,03 - 0,96	0,07
Yaşam Kalitemiz Yüksek	2,40 ± 0,21	2,47 ± 0,18	-0,34 - 0,21	0,63
Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir	3,33 ± 0,23*	3,13 ± 0,30	-0,03 - 0,43	0,08

Şef ve şef yardımcısı unvan grubunun uygulanan anketteki sorulara verdikleri yanıtların performans öncesi ve sonrasına göre karşılaştırıldığında; “Manevi Değerin Takdir Edilmesi” ve “Aldığımız Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor” önermeleri için verdikleri yanıtlarda bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Diğer yanıtlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.1.2.23. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Pratisyen Hekim Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Pratisyen Hekim (n:14)	Performans Öncesi F	Performans Sonrası F	%95 Güven Aralığı	p
Manevi Değerin Takdir Edilmesi	2,50 ± 0,36	2,29 ± 0,29	0,30 – 0,73	0,39
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz	3,33 ± 0,30*	3,47 ± 0,29*	-0,42 – 0,15	0,33
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz	2,60 ± 0,34	2,47 ± 0,31	-0,49 – 0,76	0,65
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz	2,27 ± 0,35	2,33 ± 0,32	-0,56 – 0,42	0,77
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz	2,00 ± 0,26	2,27 ± 0,27	-0,40 – 0,26	0,67
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz	4,13 ± 0,17	3,93 ± 0,27	-0,23 – 0,63	0,33
Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz	3,00 ± 0,35	3,13 ± 0,35*	-0,42 – 0,15	0,33
Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,13 ± 0,29	3,27 ± 0,37	-0,97 – 0,70	0,74
Bizden Ne Beklendiğini Tam olarak Biliyoruz	3,13 ± 0,38	3,20 ± 0,38	-0,21 – 0,08	0,33
Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,40 ± 0,32	3,20 ± 0,34*	-0,40 – 0,80	0,49
Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz	3,57 ± 0,36	3,21 ± 0,37*	-0,18 – 0,90	0,17
Verimli Çalışıyoruz	3,53 ± 0,32	3,33 ± 0,35	-0,53 – 0,93	0,57
Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir	1,67 ± 0,36	1,73 ± 0,29	-0,21 – 0,76	0,33
Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır	1,60 ± 0,30	1,47 ± 0,29	-0,06 – 0,33	0,16
Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor	3,14 ± 0,42	3,07 ± 0,44	-0,08 – 0,22	0,34
Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz	2,71 ± 0,40	2,64 ± 0,41	-0,08 – 0,22	0,34
Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz	2,77 ± 0,34	2,69 ± 0,37	-0,09 – 0,25	0,34
Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir	2,57 ± 0,33	2,43 ± 0,31	-0,17 – 0,45	0,34
Yaşam Kalitemiz Yüksektir	1,86 ± 0,36	1,93 ± 0,29	-0,23 – 0,08	0,34
Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir	2,57 ± 0,30	2,14 ± 0,29	-0,11 – 0,97	0,11

Pratisyen Hekim unvan grubunun uygulanan anketteki sorulara verdikleri yanıtların performans öncesi ve sonrasına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.1.2.24. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan İdari Personel Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

İdari Personel (n:17)	Performans Öncesi F	Performans Sonrası F	%95 Güven Aralığı	p
Manevi Değerin Takdir Edilmesi	2,18 ± 0,29	2,24 ± 0,30	-0,44 – 0,33	0,75
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz	3,29 ± 0,29	3,57 ± 0,29*	-0,81 – -0,00	0,26
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz	3,27 ± 0,32	3,00 ± 0,31	-0,27 – 0,80	0,30
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz	3,13 ± 0,33*	3,56 ± 0,29*	-0,87 – -0,00	0,05
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz	2,25 ± 0,23	2,38 ± 0,26	-0,51 – 0,36	0,50
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz	3,88 ± 0,26	3,94 ± 0,21	-0,43 – 0,30	0,72
Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz	2,94 ± 0,29	3,12 ± 0,27*	-0,59 – 0,24	0,38
Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,06 ± 0,32	3,31 ± 0,30	-0,85 – 0,35	0,39
Bizden Ne Beklendiğini Tam Olarak Biliyoruz	3,06 ± 0,35	3,31 ± 0,35	-0,56 – 0,06	0,10
Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,29 ± 0,38	3,50 ± 0,37*	-0,68 – 0,25	0,34
Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz	3,93 ± 0,25	3,20 ± 0,30	-0,66 – 0,12	0,16
Verimli Çalışıyoruz	3,12 ± 0,34	3,41 ± 0,32	-0,65 – 0,06	0,10
Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir	1,59 ± 0,26	2,06 ± 0,26	-0,92 – -0,02	0,04
Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır	1,63 ± 0,24	1,56 ± 0,22	-0,17 – 0,30	0,58
Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor	3,18 ± 0,29	3,41 ± 0,29*	-0,58 – 0,11	0,16
Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz	2,77 ± 0,26	2,54 ± 0,33	-0,03 – 0,50	0,08
Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz	3,13 ± 0,31	2,87 ± 0,34	-0,22 – 0,76	0,26
Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir	2,59 ± 0,31	2,53 ± 0,32	-0,50 – 0,62	0,83
Yaşam Kalitemiz Yüksektir	2,13 ± 0,24	2,31 ± 0,30	-0,44 – 0,33	0,08
Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir	2,65 ± 0,26	3,00 ± 0,28	-0,81 – -0,00	0,11

İdari Personel unvan grubunda da uygulanan anketteki sorulara verilen yanıtların performans öncesi ve sonrasına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4.1.2.25. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Hemşire- Sağlık Memuru Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performans Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Hemşire- Sağlık Memuru (n:176)	Performans Öncesi F	Performans Sonrası F	%95 Güven Aralığı	p
Manevi Değerin Takdir Edilmesi	2,43 ± 0,08	2,28 ± 0,09	0,02 – 0,27	0,25
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz	3,34 ± 0,09*	3,43 ± 0,09*	-0,15 – -0,03	<0,01
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz	2,58 ± 0,11	2,46 ± 0,11	-0,47 – 0,19	<0,01
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz	2,68 ± 0,08*	2,77 ± 0,08*	-0,19 – -0,01	0,08
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz	2,41 ± 0,09	2,35 ± 0,10	0,02 – 0,10	<0,01
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz	4,27 ± 0,06	4,25 ± 0,06	-0,01 – 0,03	0,16
Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz	3,89 ± 0,09*	4,06 ± 0,08*	-0,06 – 0,12	<0,01
Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	4,13 ± 0,10*	4,10 ± 0,09*	-0,29 – -0,12	0,50
Bizden Ne Beklendiğini Tam olarak Biliyoruz	3,85 ± 0,10*	4,06 ± 0,09*	-0,29 – -0,12	<0,01
Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	4,34 ± 0,08*	4,37 ± 0,07*	-0,08 – 0,02	0,20
Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz	4,18 ± 0,07*	4,06 ± 0,07*	0,04 – 0,20	<0,01
Verimli Çalışıyoruz	3,92 ± 0,11*	4,07 ± 0,11*	-0,30 – -0,00	0,04
Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir	1,68 ± 0,07	1,80 ± 0,08*	-0,18 – -0,05	<0,01
Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır	1,70 ± 0,08*	1,67 ± 0,07	-0,05 – 0,11	0,46
Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor	2,64 ± 0,09	2,81 ± 0,09*	-0,29 – -0,06	<0,01
Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz	3,29 ± 0,11*	3,03 ± 0,12	0,13 – 0,38	<0,01
Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz	3,49 ± 0,10	3,25 ± 0,12	0,06 – 0,42	0,01
Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir	3,02 ± 0,10*	2,93 ± 0,10*	-0,01 – 0,19	0,08
Yaşam Kalitemiz Yüksek	2,32 ± 0,09	2,29 ± 0,09	-0,10 – 0,15	0,71
Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir	3,18 ± 0,10	3,29 ± 0,10*	-0,17 – -0,05	<0,01

Hemşire- sağlık memuru unvan grubunun “İşimizi yapabilmek için yeterli tıbbi malzemeye sahibiz”, “İşimizi yapabilmek için yeterli personele sahibiz”, “İşimizi yapabilmek için yeterli fiziki koşullara sahibiz”, “Bir iş planı dahilinde çalışıyoruz”, “Bizden ne beklendiğini tam olarak biliyoruz”, “Aldığım döner sermaye tatmin edicidir”, “Aldığım döner sermaye zamanında elime geçiyor”, “Hastalara yeterli zaman ayırabiliriz”, “Gereksiz tetkik yaptırmıyoruz” ve “Eğitim çalışmalarımız yeterlidir” önermeleri için verdikleri yanıtlarda bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01). Diğer yanıtlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır

Tablo 4.1.2.26. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Diğer Sağlık Çalışanları Unvan Grubunun Uygulanan Anket Formuna Verdikleri Yanıtların Performans Öncesi ve Sonrasına Göre Karşılaştırılması (Ankara, 2006)

Diğer Sağ.Çal. (n:51)	Performans Öncesi F	Performans Sonrası F	%95 Güven Aralığı	p
Manevi Değerin Takdir Edilmesi	2,16 ± 0,18	2,08 ± 0,16	-0,09 – 0,25	0,37
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz	2,89 ± 0,18	3,04 ± 0,19*	-0,38 – 0,08	0,20
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz	2,98 ± 0,20	2,66 ± 0,19	-0,09 – 0,55	0,01
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz	2,71 ± 0,19	2,88 ± 0,20	-0,40 – 0,07	0,17
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz	2,49 ± 0,17	2,45 ± 0,18	-0,15 – 0,24	0,67
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz	4,06 ± 0,14	4,08 ± 0,13	-0,17 – 0,13	0,80
Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz	3,64 ± 0,20	3,70 ± 0,18	-0,25 – 0,13	0,52
Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,58 ± 0,21	3,65 ± 0,20	-0,36 – 0,24	0,68
Bizden Ne Beklendiğini Tam Olarak Biliyoruz	3,45 ± 0,19	3,51 ± 0,20	-0,26 – 0,14	0,55
Hastaların Gereksinimlerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	3,75 ± 0,20	3,84 ± 0,19*	-0,33 – 0,14	0,44
Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz	3,62 ± 0,18	3,70 ± 0,20*	-0,30 – 0,13	0,44
Verimli Çalışıyoruz	3,52 ± 0,19	3,64 ± 0,19	-0,35 – 0,11	0,29
Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir	1,31 ± 0,08*	1,65 ± 0,12*	-0,57 – -0,10	0,01
Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır	1,58 ± 0,13*	1,40 ± 0,11*	-0,01 – 0,38	0,06
Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor	2,92 ± 0,19	3,08 ± 0,19*	-0,41 – 0,09	0,20
Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz	3,32 ± 0,17	3,00 ± 0,21	0,09 – 0,54	0,01
Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz	3,19 ± 0,18	2,95 ± 0,20	0,00 – 0,46	0,05
Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir	2,65 ± 0,16	2,55 ± 0,18	-0,19 – 0,39	0,50
Yaşam Kalitemiz Yüksek	2,11 ± 0,15	2,02 ± 0,16	-0,12 – 0,29	0,40
Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir	2,44 ± 0,14*	2,62 ± 0,16*	-0,41 – 0,05	0,12

D

Diğer Sağlık Çalışanları unvan grubunun uygulanan anketteki sorulara verdikleri yanıtların performans öncesi ve sonrasına göre karşılaştırıldığında; “İşimizi yapabilmek için yeterli personele sahibiz”, “Aldığım döner sermaye tatmin edicidir” ve “Hastalara yeterli zaman ayırabiliriz” önermeleri için verdikleri yanıtlarda bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Diğer yanıtlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.1.2.27. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Araştırmaya Katılan Tüm Çalışanların Uygulanan Anket Formundaki Sorulara Verdikleri Yanıtlardaki Ön-Son Test Tutarlılıklarına Göre Dağılımı (Ankara, 2006).

Tutarlılık Yüzdesi (Ön test-Son test)	Hiç Katılımı yorum		Katılımı yorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam Tutarlılık	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Manevi Değerin Takdir Edilmesi	93	0,25	90	0,24	42	0,11	51	0,14	6	0,02	364	0,77
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Tıbbi Malzemeye Sahibiz	51	0,14	43	0,12	47	0,13	119	0,34	24	0,07	349	0,78
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Personele Sahibiz	75	0,21	77	0,22	34	0,09	68	0,19	28	0,08	348	0,81
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Mali Kaynağa Sahibiz	65	0,18	76	0,21	80	0,22	59	0,16	10	0,02	358	0,81
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Fiziki Koşullara Sahibiz	102	0,29	80	0,22	70	0,20	41	0,11	13	0,04	348	0,88
İşimizi Yapabilmek İçin Yeterli Bilgi ve Beceriye Sahibiz	1	0,00	6	0,01	34	0,09	149	0,43	138	0,39	350	0,93
Bir İş Planı Dahilinde Çalışıyoruz	16	0,04	43	0,12	29	0,08	125	0,34	96	0,27	360	0,85
Performansımızı Artırmak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	18	0,05	22	0,06	27	0,07	98	0,28	98	0,28	351	0,75
Bizden Ne Beklendiğini Tam Olarak Biliyoruz	29	0,08	29	0,08	46	0,13	106	0,29	89	0,25	357	0,84
Hastaların Gereklerini Anlamak İçin Sürekli Çaba Sarf Ediyoruz	15	0,04	15	0,04	39	0,11	118	0,35	118	0,35	340	0,89
Verdiğimiz Hizmet Sonuçlarından Memnunuz	13	0,03	26	0,07	47	0,13	131	0,37	78	0,22	351	0,84
Verimli Çalışıyoruz	29	0,08	36	0,10	35	0,10	83	0,24	99	0,28	344	0,81
Aldığım Döner Sermaye Tatmin Edicidir	168	0,46	52	0,14	36	0,10	10	0,02	1	0,00	365	0,75
Aldığım Döner Sermaye Adilce Hesaplanmaktadır	183	0,52	34	0,10	38	0,11	19	0,05	0	0,00	348	0,78
Aldığım Döner Sermaye Zamanında Elime Geçiyor	65	0,18	53	0,15	37	0,10	99	0,27	10	0,03	358	0,73
Hastalara Yeterli Zaman Ayırabiliyoruz	56	0,16	44	0,13	40	0,11	95	0,28	43	0,13	340	0,81
Gereksiz Tetkik Yaptırmıyoruz	22	0,06	31	0,09	57	0,17	66	0,20	77	0,23	330	0,76
Çalışma Huzurumuz İyi ve Yeterlidir	48	0,14	61	0,18	75	0,22	57	0,17	22	0,06	342	0,77
Yaşam Kalitemiz Yüksek	87	0,25	79	0,23	65	0,19	31	0,09	6	0,02	342	0,78
Eğitim Çalışmalarımız Yeterlidir	53	0,15	60	0,17	53	0,15	110	0,31	26	0,07	351	0,86

Uygulanan ankete katılan tüm çalışanların sorulara verdikleri yanıtların tutarlılığı oldukça yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.1.2.28. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan ve Araştırmaya Katılanlarda Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Sonrası Olumlu Artış Olan Yanıtların Sayısı (n=20)

Unvan	Olumlu Artış Kaydedilen Yanıt Sayısı	
	Sayı	Yüzde
Uzman Hekim	10	%50
Şef-Şef Yardımcısı	8	%40
Pratisyen Hekim	8	%40
İdari Personel	14	%70
Hemşire-Sağ.Mem.	9	%45
Diğer Sağ.Çal.	12	%60
Toplam	11	%55

Tablo 4.1.2.28.'de görüldüğü gibi 6 alt-grubun 3'ü (şef-şef yardımcısı, pratisyen hekim ve hemşire-sağlık memuru) performans sonrası döneme ait daha olumsuz yargıya sahipken, uzman hekimlerde bir fark gözlenmemekte, buna karşın idari personel ve diğer sağlık çalışanları performans sonrası dönemi daha olumlu değerlendirmektedirler. Bunun nedenlerinden birisi hastanenin hizmetlerindeki belirgin artışa karşın personel sayılarındaki artışın bunun gerisinde kalması olarak açıklanabilir.

4.2. Hastane Verilerinin Değerlendirilmesi

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama öncesi ve sonrası dönemlerdeki hastane verilerinin değerlendirilmesi çalışmanın diğer bir bölümünü oluşturmaktadır. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen veriler raporun bu kısmında sunulmuştur.

Tablo 4.2.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Unvan Gruplarının Toplam Çalışan Sayılarına Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Çalışanlar	2001		2002		2003		2004		2005	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzman Doktor	397	17	484	19	516	20	513	20	506	19
Asistan Doktor	491	21	574	22	559	22	571	22	625	23
Pratisyen Doktor	66	3	68	3	65	3	67	3	78	3
Hemşire- Sağlık Memuru	653	28	720	28	721	28	729	28	744	27
Diğer Sağlık Personeli	372	16	411	16	399	15	374	15	404	14
İdari Personel	341	15	318	12	323	12	310	12	368	14
Toplam	2320	100	2575	100	2583	100	2564	100	2725	100

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde performansa dayalı çalışma uygulama öncesi ve sonrası dönemde unvan gruplarının toplam çalışan sayılarına oranlarının yıllara göre dağılımına bakıldığında ,toplam doktor oranı 2005 yılında 2001 yılına göre artmıştır. Buna karşılık aynı dönemde diğer sağlık personeli ve idari personelin toplam çalışan içindeki oranı azalmıştır.

Tablo 4.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Çalışan Sayılarının Yıllar İçinde Değişim Yüzdeleri (Ankara, 2006)

Çalışanlar	2001- 2002 Değişim %	2002- 2003 Değişim %	2003- 2004 Değişim %	2004- 2005 Değişim %	2001- 2005 Değişim %	2003- 2005 Değişim %
Uzman Doktor	21,9	6,6	-0,5	-0,1	27,4	-1,9
Asistan Doktor	16,9	-0,2	0,2	0,9	27,2	11,8
Pratisyen Doktor	0,3	-0,4	0,3	16,4	18,1	20
Hemşire- Sağlık Memuru	10,2	0,0	0,1	0,2	13,9	3,1
Diğer Sağlık Personeli	10,4	-2,9	-6,2	8,0	8,6	1,2
İdari Personel	-6,7	1,5	-4,0	18,7	7,9	13,9
Toplam	10,9	0,3	-0,7	6,2	17,4	5,5

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2003-2005 yıllarında çalışan uzman hekim sayısında bir artış gözlenmezken, asistan hekim sayısında %11,8, pratisyen hekim sayısında ise %20 artış söz konusudur. Ancak bu artış pratisyen doktorlar için 2004 sonrasında acil serviste nöbet sistemindeki gereksinim nedeniyle hastane dışından geçici görevlendirmelerin etkisiyle 10 yeni doktorun göreve başlamasından kaynaklanmıştır. Yine aynı dönemde asistan doktor sayısında oluşan artışın Sağlık Bakanlığının uzman doktor gereksinimine göre açmış olduğu kadroların etkisiyle oluştuğu düşünülebilir. Doktor sayısında daha sonraki yıllarda oluşan değişimin de değerlendirmesi daha doğru bir fikir verebilir. 2003-2005 yıllarında toplam hekim sayısındaki artış %6,0 olmuştur. Aynı dönemde hemşire-sağlık memurlarında artış %3,1 olarak gerçekleşmiştir. Diğer sağlık personeli %1,2, idari personel %13,9 artmıştır. Hastane personelindeki toplam artış bu dönemde %5,5 olarak gerçekleşmiştir.

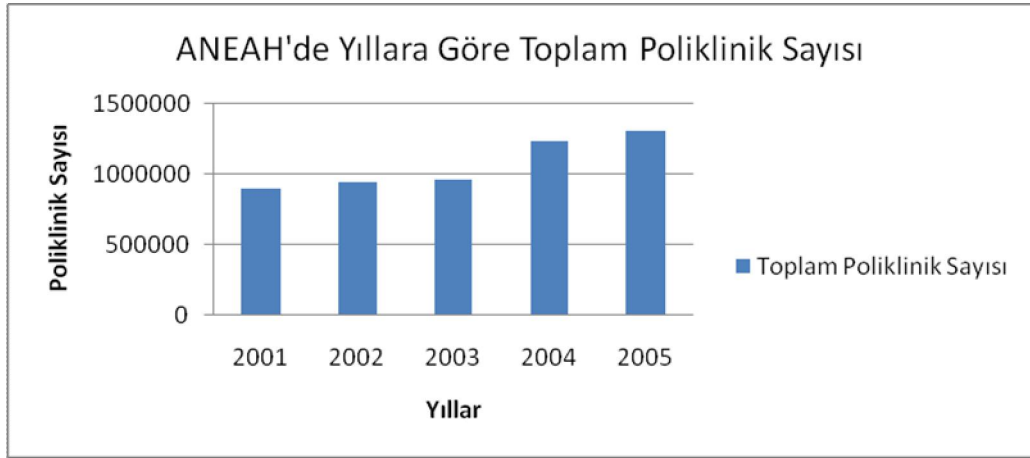
Tablo 4.2.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Poliklinik Sayısı, Yatak İşgal Oranı ve Hastanede Ortalama Kalış Günlerinin Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Göstergeler	2001	2001-2002 fark %	2002	2002-2003 fark %	2003	2003-2004 fark %	2004	2004-2005 fark %	2005	2001-2005 fark %
Poliklinik Sayısı	891978	5,5	941196	1,8	958359	28,3	1229678	5,8	1301353	45,8
Yatak İşgal Oranı (%)	87,9	2,2	89,9	5,2	94,6	9,3	103,4	-3,7	99,5	13,1
Hastanede Ortalama Kalış Günü	9,8	2,0	10,0	-6,0	9,4	-3,0	9,1	-10,0	8,1	-17,0

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde toplam poliklinik sayısı 2003- 2004 yılları arasında %28,3, 2004- 2005 arasında ise %5,8 artmıştır. 2003-2005 arasındaki toplam poliklinik sayısındaki değişim %35,8 olmuştur.

Yatak işgal oranı 2003 yılından itibaren artmış olup, 2004 yılında bu oran %103,4 olarak gerçekleşmiştir. Buradaki oranın fazlalığı bazı küçük girişimlerde hasta klinikteki yatağı gün boyu kullanmasa da yapılan girişim için yatış verilme zorunluluğundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastanede ortalama kalış günündeki azalma 2003- 2005 yılları arasında %13,8 olmuştur. Burada gözlenen azalma hastaneye başvuru fazlalığının etkisiyle olabilir. Araştırmanın daha sonraki bölümlerinde incelenecek olan hastanede yapılan tetkik, girişim gibi çalışanların performansını etkileyebilecek olan işlemlerin artması da hastanın yatarak yapılan işlemlerde bekleme sürelerini kısaltmasının etkisiyle olduğu düşünülebilir.



Şekil 4.2.1. ANEAH’de Poliklinik Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde toplam Poliklinik sayısının yıllara göre değişimine bakıldığında 2004 ve 2005 yıllarında belirgin artış görülmektedir. Bu dönemde artışı etkileyebilecek bir etmen de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin birleştirilerek SSK’lı hastaların Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumlarından yararlanabilmesi olabilir.

Tablo 4.2.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Ameliyat ve Doğum Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Ameliyat Tipi	2001		2002		2003		2004		2005	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Büyük Ameliyat	10737	50	10705	47	13487	46	19455	33	18353	34
Orta Ameliyat	4667	22	5439	24	7401	26	10694	18	11458	21
Küçük Ameliyat	6019	28	6792	29	8227	28	28521	49	23559	44
Toplam Ameliyat	21423	100	22936	100	29115	100	58670	100	53370	100
Normal Doğum	132	22	107	18	86	19	75	13	76	14
Müdahaleli Doğum	474	78	485	82	366	81	514	87	481	86
Toplam Doğum	606	100	592	100	452	100	589	100	557	100

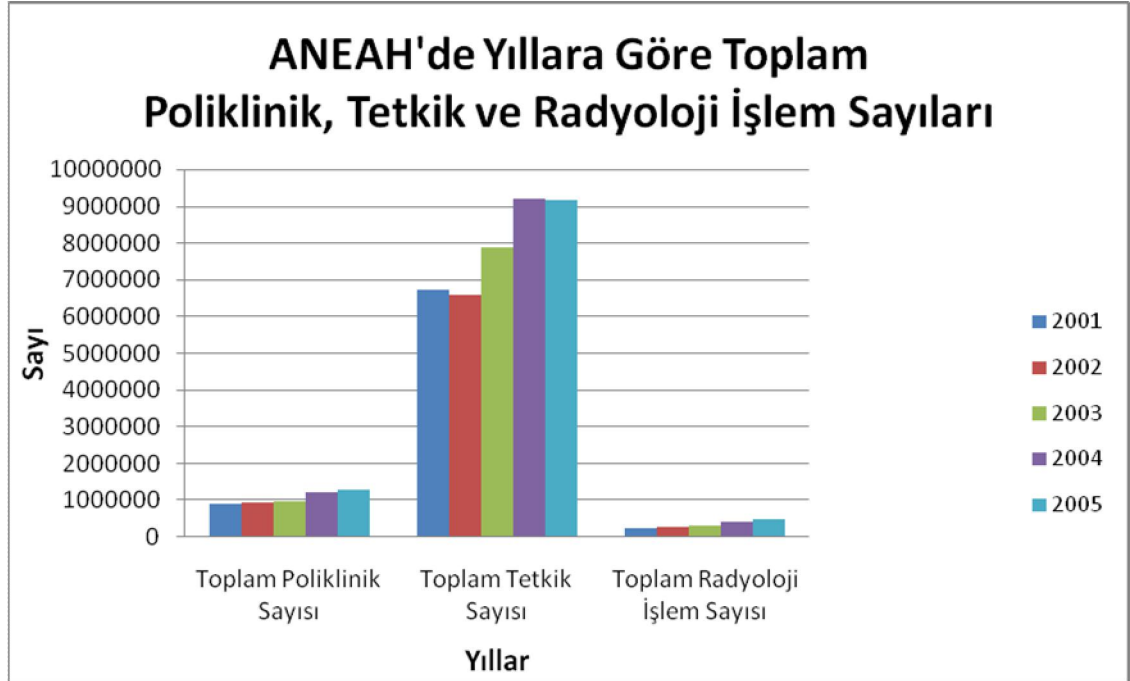
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde performans uygulamasına ait 2003-2005 arası dönemde doğum sayıları dışında, büyük orta ve küçük ameliyat sayılarında belirgin artışlar olduğu görülmektedir. Toplam Ameliyat sayısı 2003-2005 arası dönem değerlendirildiğinde %83 artış olduğu görülmektedir. Ayrıca ameliyat türleri arasında da değişimler olduğu görülmektedir. Büyük ameliyatlar 2001 yılında %50 oranında iken 2005 yılında %34 olmuştur. Aynı yıllar göz önüne alındığında küçük ameliyat oranı 2001 yılında %28 iken 2005 yılında %44'e yükselmiştir. Diğer bir deyişle 2001 yılına göre 2005 yılında büyük ameliyat sayıları %70.9 ve orta ameliyat sayıları % 245.5 artarken küçük ameliyatlar %391.4 artış göstermiştir. Bu durum yapılan işlerin çalışan performans puanını etkilemesi nedeniyle daha çok kayıt altına alınmasının, işlemlerin ayrıntılı kayıtlarının, hasta miktarında artışın etkileriyle açıklanabilir. Her ne kadar bu araştırma kapsamında ilgili veri toplanmamış olsa da ameliyat sayılarındaki bu belirgin artışın hasta bekleme sürelerinde de belirgin kısalmaya neden olacağını söylemek hatalı olmaz. Tablo 4.2.3.'de gösterildiği gibi ortalama yatış süresinin 2001 yılına göre 2005 yılında %17,3 azalarak 8,1 güne düşmesinin bir diğer nedeni ise ameliyat sayılarındaki, özellikle küçük ameliyatlardaki artışın oluşturduğu kullanılabilir yatak sayısı üzerine yaptığı baskıdır. Küçük ameliyat sayılarındaki yaklaşık dört kat artışın bir başka nedeni ise performans sistemine geçişle birlikte bu tür hizmetlerin kayıt

altına alınmasında gösterilen titizlik olabilir. Yine bu dönemle birlikte ANEAH'de kayıtların bilgisayar ortamına geçirilmesi uygulaması da başlamıştır. Performans ödemelerinin bilgisayar kayıtları dikkate alınarak yapılması kayıt yapılmasında etkili olmuş olabilir.

Tablo 4.2.5. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Tetkik Türü	2001		2002		2003		2004		2005	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Biyokimya	5072363	75	4942215	75	5852395	74	7055072	77	7116547	77
Bakteriyoloji	248415	4	273397	4	396.328	5	335819	4	358807	4
Hematoloji	842055	12	816004	12	1103453	14	1164210	13	983120	11
Kardiyoloji	150467	2	159227	2	98592	1	92423	2	97945	2
Gastroenteroloji	29495	0,4	21639	0,3	15326	0,2	14913	0,1	18251	0,2
Radyoloji	253585	3	273997	4	315352	4	406359	5	474682	5
Patoloji	21725	0,3	19908	0,3	19474	0,2	28632	0,3	32367	0,3
FTR	106088	2	81673	2	87545	1	93876	2	94664	2
Toplam	6724193	100	6588.060	100	7888465	100	9191304	100	9176383	100

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan toplam tetkik sayılarında 2005 yılında 2001 yılına göre %36.5 oranında bir artış kaydedilmişken en büyük artış %87.1 ile radyolojik tetkiklerde gözlenmektedir. Bununla birlikte kardiyoloji, gastroenteroloji ve FTR tetkik sayılarında 2005 yılında 2001 yılına göre %15 ile %35 arasında azalmalar yaşanmıştır.



Şekil 4.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Tetkik Sayılarının Yıllar İçerisindeki Değişimi (Ankara, 2006)

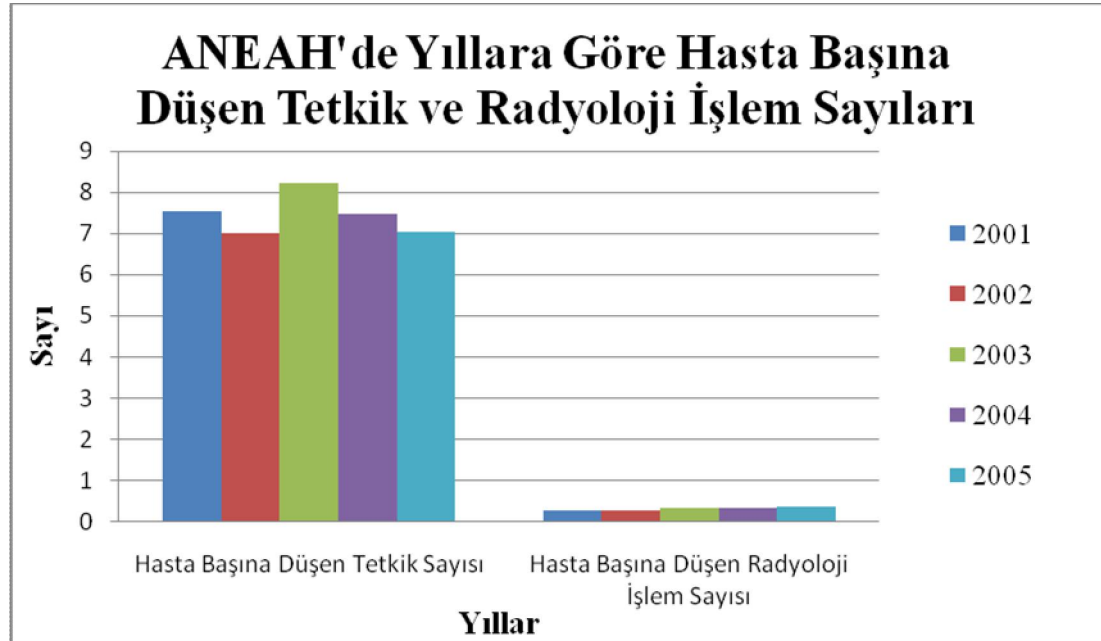
ANEAH'de 2001-2005 yıllarında gerçekleştirilen toplam tetkiklerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde, özellikle 2002 yılından sonra laboratuvar tetkiklerinde bir artış mevcut iken 2004-2005 yılları arasında aynı oranda laboratuvar tetkiki yapılmıştır. Yine ANEAH'de 2001-2005 yıllarında yapılan bakteriyolojik tetkiklerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2001 yılından itibaren tetkik sayısı artarken 2004 yılında yaklaşık bir düşüş mevcut iken 2005 yılında tekrar hafif bir artış mevcuttur.

ANEAH'de 2001-2005 yıllarında yapılan hematolojik tetkiklerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde 2002 yılından itibaren tetkik sayısı artarken 2005 yılında bir düşüş gözlenmiştir. 2003-2005 arası değişime bakıldığında tüm laboratuvar sayılarında %16,3 artış olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Toplam ve Hasta Başına Düşen Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Göstergeler	2001	2002	2003	2004	2005
Hasta Başına Düşen Tetkik Sayısı	7,54	7,00	8,23	7,47	7,05
Hasta Başına Düşen Radyoloji İşlem Sayısı	0,28	0,29	0,33	0,33	0,36

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta başına düşen tetkik sayısında 2005 yılında 2001 yılına göre %6,5, performans uygulamasının başladığı 2003 yılına göre ise %14,3 azalma olmuştur. Radyolojik işlemlerde ise 2005 yılında 2001 yılına göre %28,6, performans uygulamasının başladığı 2003 yılına göre ise %9,9 artış olmuştur.



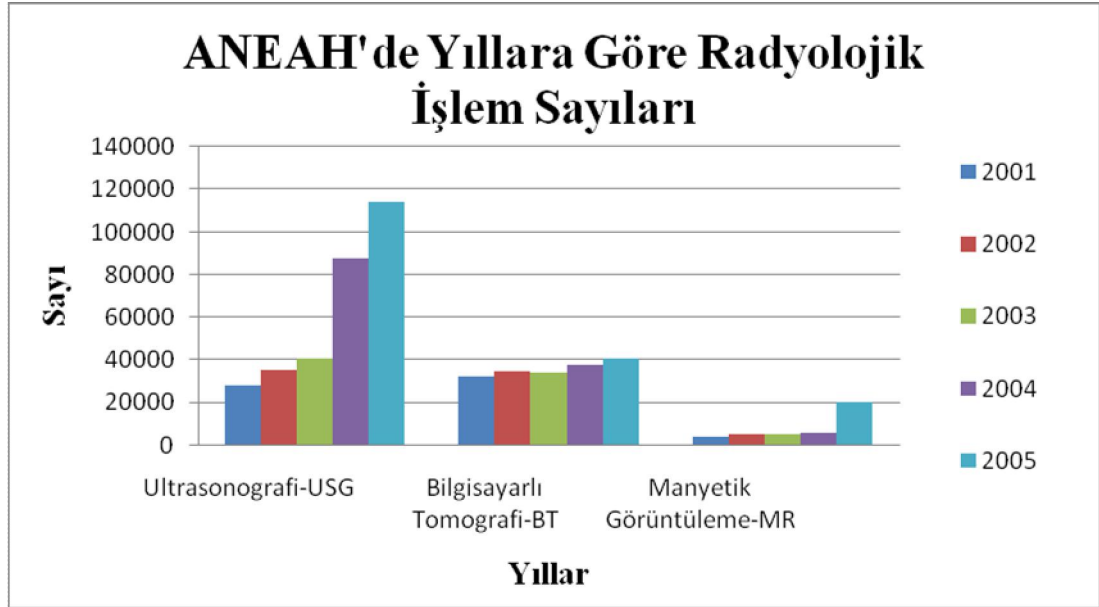
Şekil 4.2.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Hasta Başına Düşen Tetkik ve Radyolojik İşlem Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2009)

ANEAH’de 2000-2005 yıllarında yapılan Radyolojik tetkik işlemlerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2002 yılından itibaren grafi sayısında artış mevcuttur. Ancak hasta başına düşen Radyolojik tetkik sayısına bakıldığında yıllara göre belirgin bir artış gözlenmemiştir.

Tablo 4.2.7. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Ayrıntılı Radyolojik Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Tetkik Sayıları	2001		2002		2003		2004		2005	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Direkt Grafi	187756	74	197381	72	233911	74	273643	67	297785	63
Ultrasonografi- USG	28284	11	35521	13	41090	13	87807	22	114367	24
Bilgisayarlı Tomografi- BT	32471	13	34947	13	34386	11	38090	9	40984	9
Manyetik Görüntüleme- MR	4190	2	5277	2	5241	2	6064	2	20223	4
Toplam	252701	100	273126	100	314628	100	405604	100	473359	100

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde toplam radyolojik tetkiklerde 2005 yılında 2001 yılına göre %87.3 artış olurken aynı dönemde en büyük artış %483 ile MR’de ve %400 ile USG’de olmuştur. Bu veriler, MR ve USG gibi ileri tetkiklerin gelecek yıllarda klasik radyolojik tetkikler seviyesine erişeceğini göstermektedir.



Şekil 4.2.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Performansa Dayalı Çalışma Uygulama Öncesi ve Sonrası Dönemde Ayrıntılı Radyolojik Tetkik Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Radyolojik tetkiklerin ayrıntılı olarak incelenmesinde Direkt Grafi Sayısı, Ultrasonografi Sayısı-USG, Bilgisayarlı Tomografi Sayısı-BT, Manyetik Görüntüleme Sayısı-MR sayılarının yıllara göre değişimleri değerlendirilmiştir. ANEAH'de 2001-2005 yıllarında yapılan BT ve USG tetkik sayılarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2001 yılından itibaren tetkik sayılarında sürekli bir artış olması 2003 yılından itibaren daha belirgin bir artışla devam etmektedir. Özellikle USG sayısındaki artışın 2003-2004 arasında 2 katı aşan bir oranda %113 gerçekleştiği görülmektedir. Bu dönemde yenileme veya daha kapasiteli USG cihazları alınması gibi etmenler bu artışı etkilese de 2004- 2005 arasında da %30 artış olduğu gözlenmiştir. USG sayısındaki artış düzeyinin bu biçimde görülmesi örneğin; Direkt Grafi sayısındaki artıştan daha farklı gerçekleşmiştir. USG işlemi Radyoloji Uzmanlarınca yapılan ve yapan doktorun kişisel performans puanını etkilemesi bu tanı yönteminin tercih edilmesini artırdığı düşünülebilir. Her ne kadar tetkik işlemlerinde istem farklı branşlardaki doktorlarca yapılsa da tetkik sıra yoğunluğu ve bekleme sürelerinin uzun olması nedeniyle istemlerde oluşmuş azalma, performansın etkisiyle hızlanan ve kısalan bekleme sürelerinin etkisiyle istemlerde artma olarak değerlendirilebilir.

ANEAH’de 2001-2005 yıllarında yapılan MR sayısı yıllara göre dağılımı incelendiğinde ise tetkik sayısı 2004 yılına kadar sabit iken 2005 yılında yaklaşık 4 katına çıkmıştır. Artış oranının diğer tetkik grubundan farklı bir seyir izlemesinin etmenlerinden bu dönemde MR bölümünde hizmet alımı uygulamasına geçilmesinin etkisi olabilir.

Performansa dayalı ödemeye geçilen tarihten itibaren ANEAH verilerine genel olarak bakılacak olursa;

Tablo 4.2.8. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Verilen Hizmetler ve Personeldeki Artış Oranları (Ankara, 2006)

Hizmet sayılarındaki artış	2003-2005 arası artış
Laboratuvar	%16,3
Poliklinik	%35,8
Ameliyat	%83,3
Çalışan sayılarındaki artış	
Hekim	%8,5
Diğer sağlık personeli	%6,1
İdari personel	%1,9
Toplam Hastane Çalışanı	%7,7

Tablo 4.2.8.’de de görüldüğü gibi performans uygulaması sonrası hastane hizmetlerinde belirgin artış meydana gelmiştir. Toplam laboratuvar sayısı %16,3 artarken, poliklinik sayıları %35,8 ve toplam ameliyat sayıları da %83,3 artmıştır. Buna karşılık aynı dönemdeki hastane çalışanı sayısındaki artış %7,7 ile sınırlı kalmıştır. Hemşireleri de kapsayan diğer sağlık personelindeki artış bunun da altında kalarak %6,1 olarak gerçekleşmiştir. Buna paralel olarak tüm gruplarda hastalara yeterli zaman ayıramama yakınması performans sonrası dönemde artış göstermiştir. Bu yakınma artışı şef-şef yardımcılarında, hemşirelerde ve diğer sağlık personelinde istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Her ne kadar bu çalışma kapsamında çalışan memnuniyetine ek olarak hizmet alanların memnuniyeti ölçülmemiş olsa da hizmetlerdeki bu artışın yeterli personel ile desteklenmemesinin hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetlerinde en azından artmaya yol açmayacağı ortadadır.

4.3. Klinik Verilerinin Değerlendirilmesi

Görüldüğü gibi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerek poliklinik, yatan hasta sayıları, gerek yapılan tetkik, girişim sayıları, gerekse yapılan operasyon sayıları olsun oldukça büyük miktarlarda işlem gerçekleşmektedir. Bu sayısal büyüklük ve çeşitlilikteki verilerin analizinde daha ayrıntılı inceleme ve performans uygulamasının veriler üzerindeki etkilerini görebilmek için bazı klinik verilerini tekrar değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. Bu kliniklerin seçiminde birer Dahili ve Cerrahi klinik olması, bu kliniklerde Performans Uygulaması öncesi ve sonrası değişim gösteren, doktorun performansı puanını etkileyebilecek bir işlemin değerlendirilebilmesi dikkate alınmıştır.

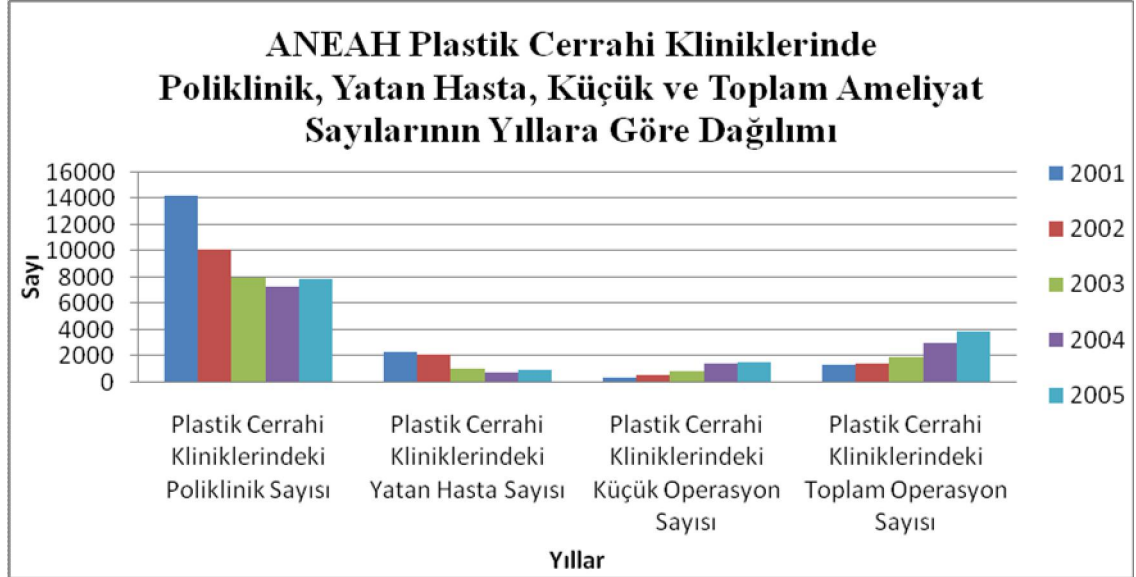
Buna göre Kardiyoloji ve Plastik Cerrahi Kliniklerinin verileri incelenmiş, şu sonuçlara ulaşılmıştır. Bu kliniklerde çalışan doktor sayıları, poliklinik sayıları, yatan hasta sayıları, klinikte performans puanını etkileyebilen bazı işlem sayıları incelenmiştir. Ayrıca bu işlemlerin doktor başına ve poliklinik sayısına göre yüzde (%) değerlerinin yıllara göre değişimleri incelenmiştir.

Tablo 4.3.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Görevli Doktor, Yapılan Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

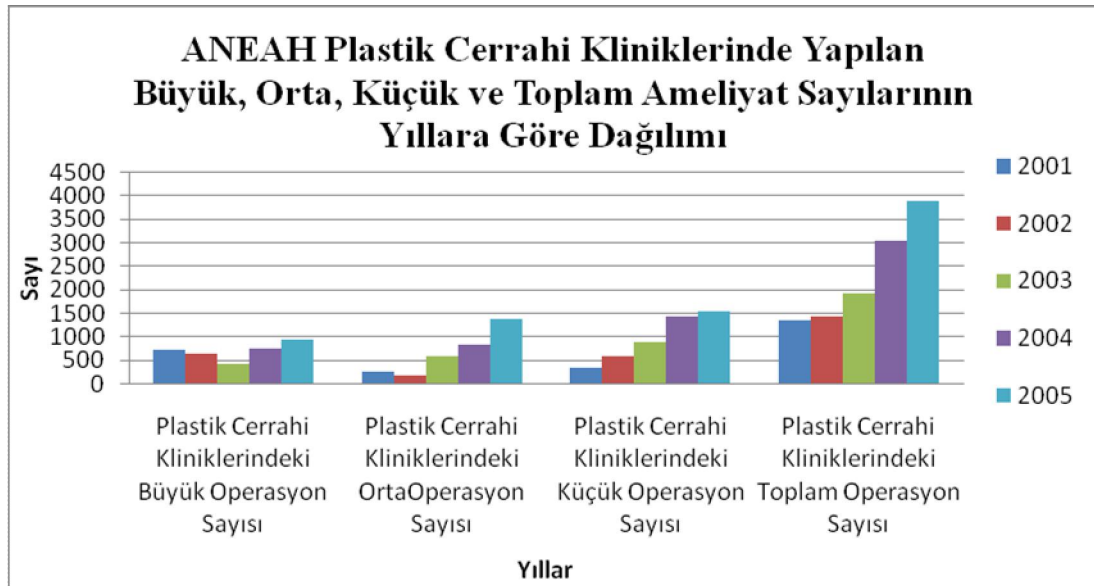
Göstergeler	2001	2002	2003	2004	2005
Plastik Cerrahi Doktor Sayısı	26	27	31	33	32
Plastik Cerrahi Poliklinik Sayısı	14215	10140	7986	7298	7879
Plastik Cerrahi Yatan Hasta Sayısı	2314	2159	1046	816	942
Plastik Cerrahi Büyük Ameliyat Sayısı	731	650	426	768	945
Plastik Cerrahi Orta Ameliyat Sayısı	265	195	605	837	1388
Plastik Cerrahi Küçük Ameliyat Sayısı	359	602	899	1424	1552
Plastik Cerrahi Toplam Ameliyat Sayısı	1355	1447	1930	3029	3885

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde poliklinik ve yatan hasta sayılarında yıllar itibari ile belirgin azalma yaşanırken büyük, orta ve küçük ameliyat sayılarında büyük artışlar kaydedilmiştir. 2004 yılından itibaren yatan hasta sayıları ile büyük ameliyat sayıları birbirine yaklaşp

hemen hemen eşitlenmesine karşın küçük ve orta ameliyatlarda artış muhtemelen bu tür vakaların gününbirlik yatırılıp, aynı gün taburcu edilmekte olduklarının bir göstergesidir. Bu da yatakların ve diğer kaynakların kullanımında verimlilik artışını getirmektedir.



Şekil 4.3.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan Küçük ve Toplam Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

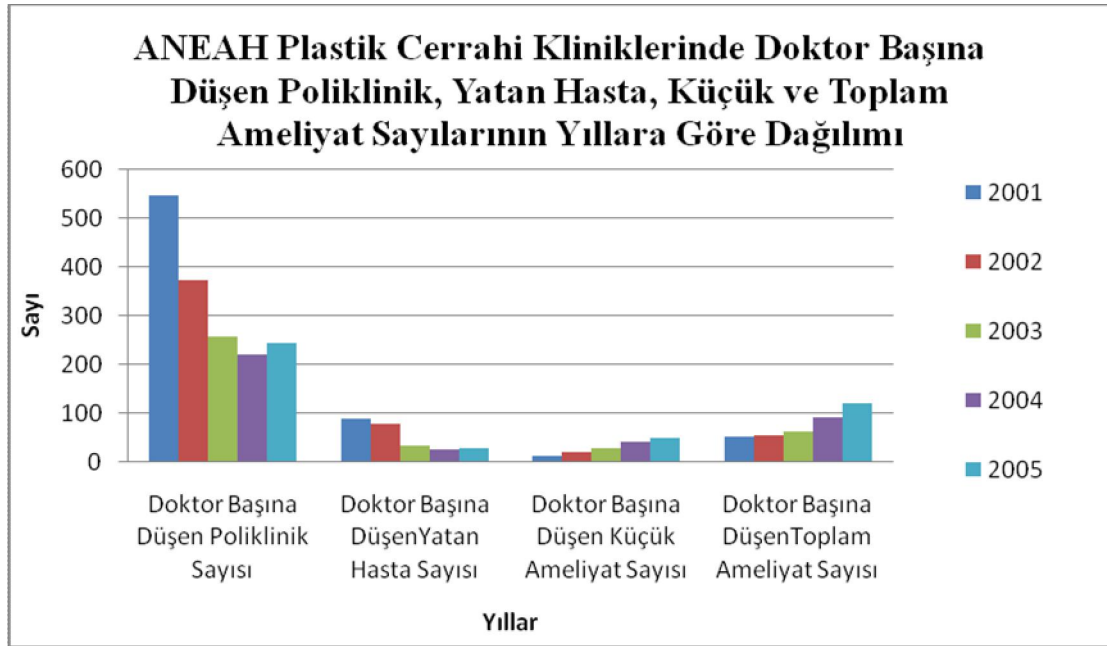


Şekil 4.3.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Yapılan Ameliyat Yöntemi Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Tablo 4.3.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik ve Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Göstergeler	2001	2002	2003	2004	2005
Plastik Cerrahi Kliniklerindeki Doktor Sayısı	26	27	31	33	32
Doktor Başına Düşen Poliklinik Sayısı	547	375	258	221	246
Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı	89	80	34	25	29
Doktor Başına Düşen Küçük Ameliyat Sayısı	14	22	29	43	49
Doktor Başına Düşen Toplam Ameliyat Sayısı	52	54	62	91	121
Plastik Cerrahi Kliniklerindeki Küçük Ameliyat Sayısı	359	602	899	1424	1552
Plastik Cerrahi Kliniklerindeki Toplam Ameliyat Sayısı	1355	1447	1930	3029	3885

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde doktor başına düşen poliklinik ve yatan hasta sayıları düşerken küçük ameliyat sayıları 3,5 kat ve toplam ameliyat sayıları ise 2,3 kat artış göstermiştir. Bu da plastik cerrah gibi sektörde az bulunan nitelikli insan kaynaklarının hastane tarafından daha verimli kullanıldığına işaret etmektedir.

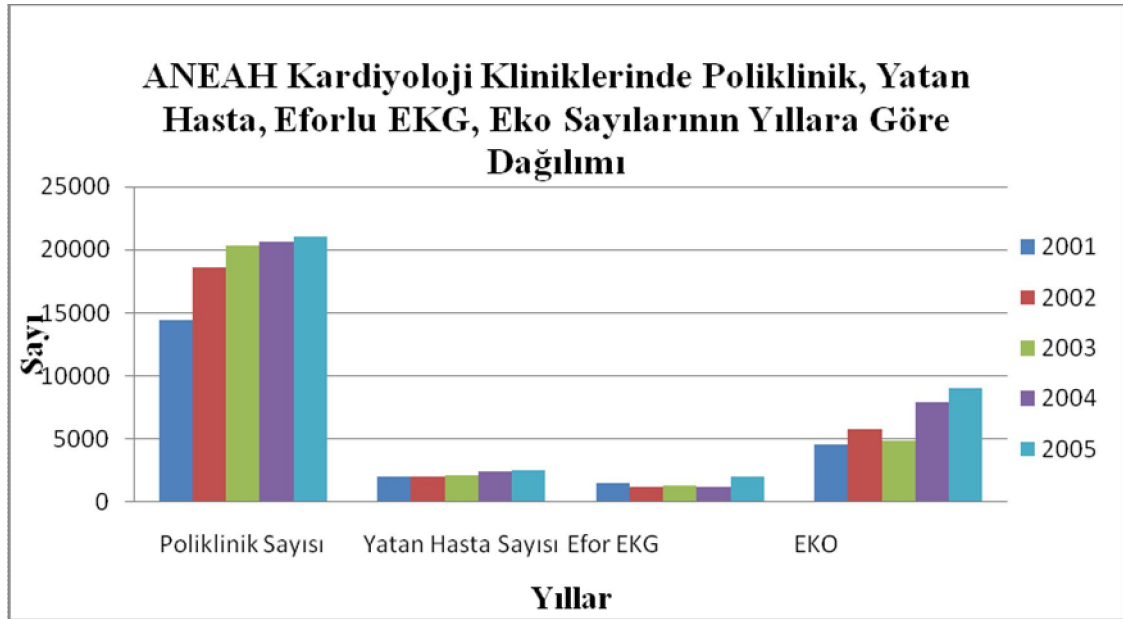


Şekil 4.3.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Doktor Başına Düşen Poliklinik, Yatan Hasta, Küçük ve Toplam Ameliyat Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Tablo 4.3.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Görevli Doktor, Yapılan Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan EKG-Eforlu EKG- EKO Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Göstergeler	2001	2002	2003	2004	2005
Kardiyoloji Kliniklerindeki Doktor Sayısı	25	26	28	27	28
Kardiyoloji Kliniklerindeki Poliklinik Sayısı	14424	18563	20293	20627	21040
Kardiyoloji Kliniklerindeki Yatan Hasta Sayısı	2021	1993	2101	2462	2526
EKG Sayısı	143939	151776	91839	81313	82642
Eforlu EKG Sayısı	1553	1185	1325	1260	2078
EKO Sayısı	4607	5756	4886	7887	9015

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Görevli Doktor sayılarında 2001-2005 döneminde belirgin bir artış olmazken poliklinik sayıları %45,9, yatan hasta sayıları ise %25 artmıştır. Yapılan EKG sayıları performans uygulamasının başladığı 2003 yılından itibaren belirgin olarak düşerken EKO sayılarında iki kata yakın artışlar kaydedilmiştir.



Şekil 4.3.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Yapılan Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan Eforlu EKG- EKO Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

ANEAH’de 2001-2005 yıllarında yapılan EKG sayılarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2001 yılından itibaren tetkik sayısı birbirine yakınken 2003 yılında düşme eğilimi göstermiş ve 2004-2005 yıllarında bu düşüşe paralel sayılarda EKG yapılmıştır. Ancak yine aynı dönemde yapılan diğer kardiyolojik işlemlerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2003 yılına kadar aynı düzeyde seyreden EKO sayısı bu dönemden itibaren artmaktadır. Eforlu EKG sayısında ise yıllar itibariyle herhangi bir değişiklik mevcut değildir.

Tablo 4.3.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik, Yatan Hasta, Yapılan EKG-Eforlu EKG- EKO Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

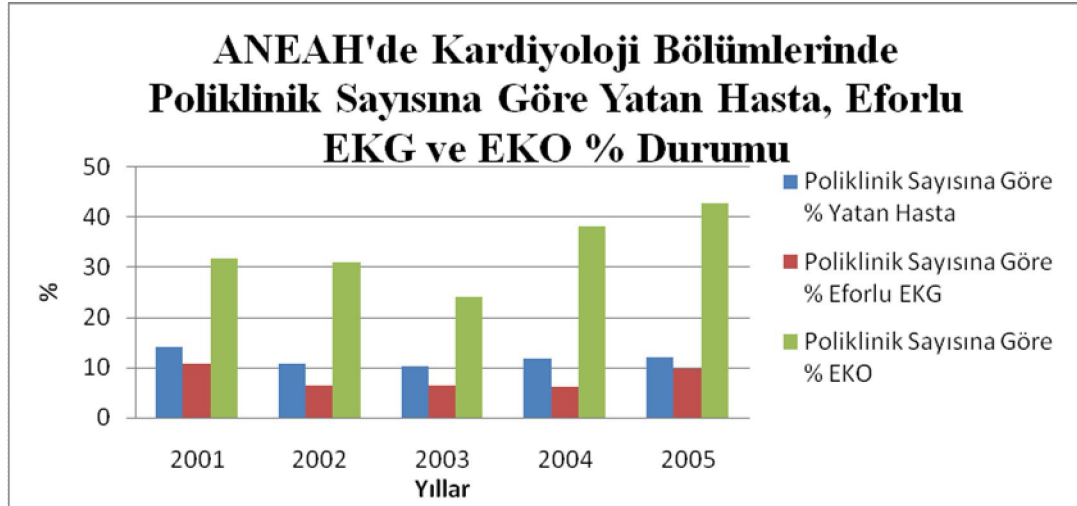
Göstergeler	2001	2002	2003	2004	2005
Kardiyoloji Kliniklerindeki Doktor Sayısı	25	26	28	27	28
Doktor Başına Düşen Poliklinik Sayısı	577	714	724	764	751
Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı	81	77	75	91	90
Doktor Başına Düşen Eforlu EKG Sayısı	62	45	47	47	74
Doktor Başına Düşen EKO Sayısı	184	221	174	292	321

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde 2001- 2005 yılları arasında Görevli Doktor Başına Düşen yatan Hasta, yapılan EKG-Eforlu EKG- EKO Sayılarının tümünde değişik oranlarda artış vardır. En büyük artış %74,5 ile EKO sayısındadır.

Tablo 4.3.5. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Poliklinik Sayısına Göre Yatan Hasta, Eforlu EKG ve EKO Yüzde (%) Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Göstergeler (%)	2001	2002	2003	2004	2005
Poliklinik Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı	14,0	10,7	10,3	11,9	12,0
Poliklinik Başına Düşen Eforlu EKG Sayısı	10,7	6,3	6,5	6,1	9,8
Poliklinik Başına Düşen EKO Sayısı	31,9	31,0	24,0	38,2	42,8

ANEAH’de 2001-2005 yıllarında yapılan doktor başına düşen kardiyolojik işlemlerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde doktor başına düşen eforlu EKG sayısında, daha belirgin olmak üzere doktor başına düşen EKO sayısında %74,5 artış olduğu gözlenmektedir. Buradaki artışa birçok faktör belirleyici olabilir, bu etmenlerden birisi de bu işlemleri yapan doktorun performans puanını etkilemesi olduğu düşünülebilir.

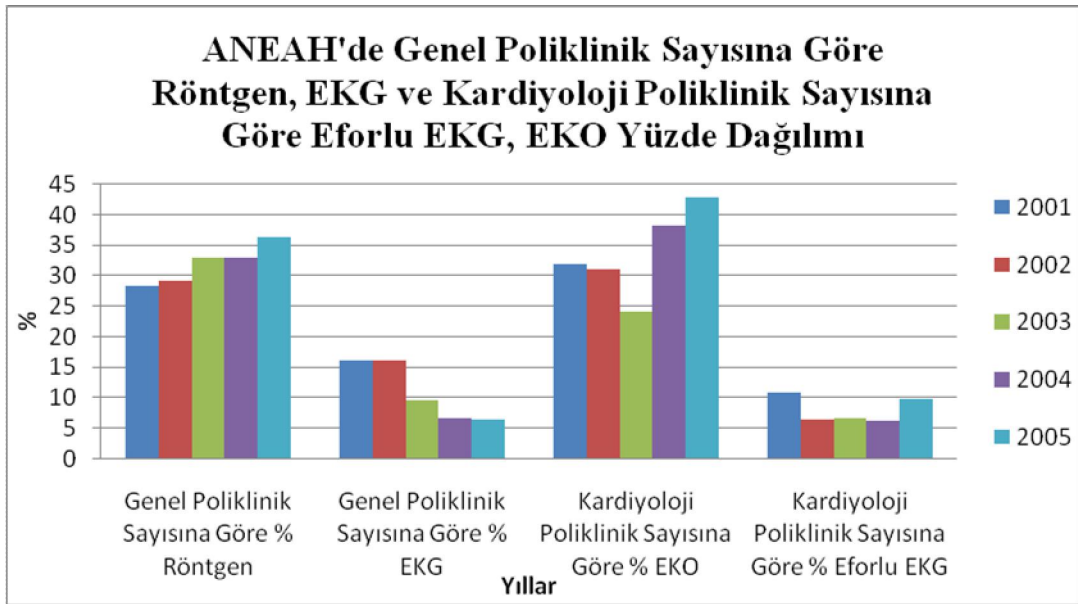


Şekil 4.3.5. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Poliklinik Sayısına Göre Yatan Hasta, Eforlu EKG ve EKO Yüzde (%) Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Tablo 4.3.6. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yıllara İçerisinde Toplam Poliklinik Sayısına Göre Toplam Röntgen, Toplam EKG Sayıları ve

Kardiyoloji Poliklinik Sayısına Göre Eforlu EKG, EKO Yüzde (%) Dağılımı
(Ankara, 2006)

Göstergeler	2001	2002	2003	2004	2005
Toplam Poliklinik Sayısı	891978	941196	958359	1229678	1301353
Toplam Röntgen Sayısı	253585	273997	315352	406359	474682
Toplam EKG Sayısı	143939	151776	91839	81313	82642
Genel Poliklinik Sayısına Göre Röntgen (Yüzde)	28,4	29,1	32,9	33,0	36,4
Genel Poliklinik Sayısına Göre EKG (Yüzde)	16	16	9,5	6,6	6,3
Kardiyoloji Poliklinik Sayısına Göre Eforlu EKG (Yüzde)	10,7	6,3	6,5	6,1	9,8
Kardiyoloji Poliklinik Sayısına Göre EKO (Yüzde)	31,9	31,0	24,0	38,2	42,8



Şekil 4.3.6. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yıllar İçerisinde Genel Poliklinik Sayısına Göre Röntgen, EKG ve Kardiyoloji Poliklinik Sayısına Göre Eforlu EKG, EKO Yüzde (%) Dağılımı (Ankara, 2006)

Tablo 4.3.7. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik Hastalarına Yıllara Göre EKO Yapılma Durumu (Ankara, 2006)

Yıllar	Doktor Başına Düşen Poliklinik Sayısı	EKO Yapılanlar %	EKO Yapılmayanlar %	KiKare	p
2001	577	31,9	68,1	67,93	<0,01
2002	714	31,0	69,0		
2003	724	24,0	76,0		
2004	764	38,2	61,8		
2005	751	42,7	57,3		

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde görevli doktor başına düşen poliklinik hastalarına EKO yapılma yüzdesinin (%) yıllara göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu farkı yaratan yıllar 2003, 2004 ve 2005'tir.

Tablo 4.3.8. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniklerinde Poliklinik Sayısına Göre EKO Yapılan Hasta Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Yıllar	Kardiyoloji Poliklinik Sayısı	EKO Yapılanlar %	EKO Yapılmayanlar %	KiKare	p
2001	4607	31,9	68,1	1893,49	<0,01
2002	5756	31,0	69,0		
2003	4886	24,0	76,0		
2004	7887	38,2	61,8		
2005	9015	42,7	57,3		

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Poliklinik hastalarına EKO yapılma yüzdesinin (%) yıllara göre farkı da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine farkı yaratan yılların 2003, 2004 ve 2005 olduğu görülmüştür. 2001-2002 yıllarında ise fark yoktur.

Tablo 4.3.9. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde Görevli Doktor Başına Düşen Poliklinik Hastalarına Yıllara Göre Küçük Ameliyat Yapılma Durumu (Ankara, 2006)

Yıllar	Doktor Başına Düşen Poliklinik Sayısı	Küçük Ameliyat Yapılanlar %	Küçük Ameliyat Yapılmayanlar %	KiKare	p
2001	547	3,0	97,0	92,97	<0,05
2002	375	6,0	94,0		
2003	258	11,0	89,0		
2004	221	19,0	81,0		
2005	246	20,0	80,0		

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde görevli doktor başına düşen poliklinik hastalarına Küçük Ameliyat yapılma yüzdesinin (%) yıllara göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır.

4.4. Döner Sermaye Ödemeleri

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Performans uygulaması öncesi ve sonrası dönemlere ait döner sermaye ödemelerine bakıldığında 2001-2003 arasındaki dönemde döner sermaye ödemeleriyle ilgili Genel Bilgiler Bölümünde Türkiye'deki uygulamalar kısmında da açıklanan ve o dönemde geçerli olan uygulama çerçevesinde ödemeler yapılmıştır. Buna göre yapılan döner sermaye ödemelerinde meslek unvanları arasında fark olsa da kişiler ve branşlar arasında fark yoktur.

Tablo 4.4.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Doktorlara Yapılan Döner Sermaye Ödemelerinin 2001-2003 Yıllarına Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Yıllar	Min- Max	X $\pm$ S.Sapma
2001 (n:1051)	100,01 – 628,41	271,77 $\pm$ 88,02
2002 (n:1051)	107,24 – 882,41	402,47 $\pm$ 134,59
2003 (n:1071)	100,55 – 853,60	410,46 $\pm$ 148,50

Üç aylık dilimler halinde yapılmakta olan Döner Sermaye ödemeleri aylık olarak düzeltilmiş ve tüm çalışan doktor grupları üzerinden hesaplanmıştır. 2002-2003 arasındaki döneme ait fark istatistiksel olarak anlamsız, diğer dönemlere ait fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu duruma Performans uygulaması sonrası dönem eklenince oluşan tabloya bakılacak olursa;

Tablo 4.4.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Doktorlara Yapılan Döner Sermaye Ödemelerinin 2001-2005 Yıllarına Göre Dağılımı (Ankara, 2006)

Yıllar (n:)	Min- Max	X $\pm$ S.Sapma	TCMB \$ Kuru	Ortalama \$
2001 (n:1051)	100,01 – 628,41	271,77 $\pm$ 88,02	1,251	216
2002 (n:1051)	107,24 – 882,41	402,47 $\pm$ 134,59	1,573	255
2003 (n:1071)	100,55 – 853,60	410,46 $\pm$ 148,50	1,402	292
2004 (n:507)	101,90 – 2318,55	874,01 $\pm$ 428,42	1,466	596
2005 (n:459)	120,14 -2498,43	992,59 $\pm$ 454,22	1,330	745

2004-2005 yılları arasındaki dönemde Performans Uygulamasına geçilmiştir. Bu dönemde hem unvan gruplarında hem de branşlar arasında hatta aynı klinikteki hekimler arasında ödenen döner sermaye farklılıkları oluşmuştur. Tabloda gösterilen grup her klinikten seçilmiş asistanların 2004-2005 yıllarında almış oldukları aylık döner sermaye miktarlarıdır. 1 Ocak 2005'te para birimi Yeni Türk Lirası (YTL) olarak değiştirilmiş ve önceki dönemde kullanılan Türk Lirasından altı sıfır atılmış, böylece milyon olarak ifade edilen miktarlar birler basamağında kullanılmaya başlamıştır. Bu araştırmada verilerin aynı değerlendirmede yapılabilmesi ve hesap kolaylığı olması nedeniyle 2005 öncesi miktarlar da altı sıfır atılarak değerlendirmeye alınmıştır. Aynı dönemler için Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Amerikan Doları Döviz alış verileri değerlendirmede kullanılmıştır. Alınan döner sermaye ortalamalarının Döviz alış kuruna göre Amerikan Doları olarak değerlendirilmede yer verilmiştir. Ekonomideki ani değişiklikler veya döviz kurlarındaki dalgalanmaların etkisi olsa da Tablo 4.4.2. de görüldüğü gibi alınan döner sermaye miktarları özellikle 2003'ten sonra belirgin biçimde artmış olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4.3. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Servislerinde 2004-2005 Yıllarında Döner Sermaye Ödenme Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara,2006)

Servisler (ay)	2004 X ± S.sapma	2005 X ± S.sapma	Z	p
Radyasyon (n:12)	937,7 ± 708,7	1520,5 ± 572,8	1,64	0,99
Romatoloji (n:12)	485,4 ± 196,3	854,2 ± 559,5	2,66	0,08
Radyoloji I (n:5)	674,8 ± 340,6	1112,1 ± 366,7	1,75	0,80
Radyoloji II (n:12)	710,6 ± 286,4	1003,9 ± 558,5	2,04	0,04
Radyoloji III (n:11)	470,4 ± 302,4	1088,4 ± 484,3	2,66	<0,01
Radyoloji IV (n:12)	767,9 ± 318,7	963,8 ± 535,4	1,42	0,15
Radyoloji Toplam (n:39)	646,6 ± 324,9	1032,7 ± 501,9	4,22	<0,01
Tıbbi Onkoloji (n:9)	752,6 ± 577,9	1145,9 ± 674,5	1,01	0,31
Üroloji II (n:5)	847,9 ± 263,4	863,1 ± 225,4	0,67	0,50
Üroloji III (n:8)	944,4 ± 291,9	1034,8 ± 255,1	0,14	0,88
Üroloji Toplam (n:13)	914,8 ± 221,9	968,7 ± 249,8	0,72	0,48
Beyin (n:12)	982,2 ± 301,5	1040,2 ± 376,5	0,39	0,69
Anestezi (n:12)	999,1 ± 561,5	1210,3 ± 412,9	1,83	0,06
Beyin Cerrahisi (n:7)	1016,7 ± 300,3	1003,1 ± 427,8	0,33	0,73
Cerrahi 3 (n:12)	910,3 ± 536,7	913,1 ± 520,2	0,15	0,87
Cerrahi 5 (n:8)	1058,0 ± 579,3	1297,7 ± 492,8	1,12	0,26
Cerrahi 7 (n:12)	596,3 ± 417,3	779,3 ± 539,5	1,09	0,27
Cerrahi Toplam (n:32)	826,3 ± 497,3	959,1 ± 545,0	1,16	0,25
Cildiye 1 (n:10)	529,9 ± 102,5	490,5 ± 144,4	0,45	0,64
Cildiye 2 (n:7)	615,8 ± 134,1	628,8 ± 239,4	0,16	0,86
Cildiye Toplam (n:17)	575,7 ± 131,9	547,7 ± 195,3	0,53	0,59
Dahiliye 2 (n:6)	590,4 ± 339,2	623,9 ± 219,6	0,52	0,60
Dahiliye 3 (n:12)	485,9 ± 183,4	700,1 ± 541,5	1,41	0,15
Dahiliye 4 (n:12)	572,6 ± 437,9	729,0 ± 423,3	1,37	0,16
Dahiliye Toplam (n:28)	555,4 ± 326,3	681,2 ± 440,0	1,90	0,06
Endokrin (n:12)	1017,4 ± 432,6	1046,6 ± 319,8	0,00	1,00
Fizik Tedavi (n:12)	911,6 ± 322,0	766,8 ± 335,2	-1,02	0,30
Gastro Enteroloji (n:12)	807,7 ± 368,3	1028,5 ± 302,8	0,94	0,34
G.Cerrahi (n:12)	761,7 ± 299,9	719,7 ± 229,2	-0,23	0,81
Göz 1 (n:12)	1005,7 ± 343,5	1029,8 ± 403,3	0,39	0,69
Göz 3 (n:6)	1272,4 ± 475,7	1168,9 ± 263,3	1,99	0,04
Göz Toplam (n:18)	1143,7 ± 379,2	1076,2 ± 360,8	0,79	0,43
Hematoloji (n:12)	485,1 ± 199,9	854,7 ± 583,7	2,58	0,01
Kadın-Doğum (n:12)	1013,6 ± 326,7	1100,3 ± 381,4	0,86	0,38
Kardiyoloji 1 (n:12)	939,5 ± 317,2	1075,9 ± 393,9	1,09	0,27
Kardiyoloji 2 (n:7)	921,3 ± 382,7	914,6 ± 283,9	0,33	0,73
Kardiyoloji Toplam (n:19)	953,4 ± 331,6	1016,5 ± 357,9	0,67	0,61
KBB 1 (n:12)	651,9 ± 211,2	762,8 ± 273,3	0,33	0,73
KBB 2 (n:12)	862,4 ± 220,4	719,5 ± 165,0	-1,48	0,13
KBB 3 (n:12)	674,7 ± 156,1	690,3 ± 144,7	0,14	0,88
KBB 4 (n:12)	641,5 ± 163,6	663,9 ± 191,1	0,00	1,00
KBB Toplam (n:33)	714,7 ± 208,1	698,1 ± 193,4	0,38	0,70
GENEL TOPLAM (n:447)	881,8 ± 444,2	979,8 ± 466,8	3,86	<0,01

Tablo 4.4.3.'te yer alan branşlarda birden fazla klinik varsa o bölümler toplanarak yapıldığında klinikler arası fark daha ayrıntılı görülebilmektedir.

Tablo 4.4.4. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Servislerinde 2004-2005 Yıllarında Döner Sermaye Ödenme Durumunun Yıllara Göre Dağılımı (Ankara,2006)

Servisler (ay)	2004 X ± S.sapma	2005 X ± S.sapma	Z	p
Radyasyon Onko. (n:12)	937,7 ± 708,7	1520,5 ± 572,8	1,64	0,99
Romatoloji (n:12)	485,4 ± 196,3	854,2 ± 559,5	2,66	0,08
Radyoloji Toplam (n:39)	646,6 ± 324,9	1032,7 ± 501,9	4,22	0,00
Tıbbi Onkoloji (n:9)	752,6 ± 577,9	1145,9 ± 674,5	1,01	0,31
Üroloji Toplam (n:13)	914,8 ± 221,9	968,7 ± 249,8	0,72	0,48
Beyin (n:12)	982,2 ± 301,5	1040,2 ± 376,5	0,39	0,69
Anestezi (n:12)	999,1 ± 561,5	1210,3 ± 412,9	1,83	0,06
Beyin Cerrahisi (n:7)	1016,7 ± 300,3	1003,1 ± 427,8	0,33	0,73
Cerrahi Toplam (n:32)	826,3 ± 497,3	959,1 ± 545,0	1,16	0,25
Cildiye Toplam (n:17)	575,7 ± 131,9	547,7 ± 195,3	0,53	0,59
Dahiliye Toplam (n:28)	555,4 ± 326,3	681,2 ± 440,0	1,90	0,06
Endokrin (n:12)	1017,4 ± 432,6	1046,6 ± 319,8	0,00	1,00
Fizik Tedavi (n:12)	911,6 ± 322,0	766,8 ± 335,2	-1,02	0,30
Gastro Enteroloji (n:12)	807,7 ± 368,3	1028,5 ± 302,8	0,94	0,34
G.Cerrahi (n:12)	761,7 ± 299,9	719,7 ± 229,2	-0,23	0,81
Hematoloji (n:12)	485,1 ± 199,9	854,7 ± 583,7	2,58	0,01
Kadın-Doğum (n:12)	1013,6 ± 326,7	1100,3 ± 381,4	0,86	0,38
Kardiyoloji Toplam (n:19)	953,4 ± 331,6	1016,5 ± 357,9	0,67	0,61
KBB Toplam (n:33)	714,7 ± 208,1	698,1 ± 193,4	0,38	0,70
Göz Toplam (n:18)	1143,7 ± 379,2	1076,2 ± 360,8	0,79	0,43
GENEL TOPLAM (n:447)	881,8 ± 444,2	979,8 ± 466,8	3,86	0,00

2004-2005 arasındaki döner sermaye ödemeleri performansa bağlı değişiklik gösterdiğinden bu dönem için 2 eş arasındaki farkın önemlilik testi non-parametrik Wilcoxon testi yapılmıştır, toplam için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi burada kişiler arası değil aynı bireyin 2004 yılında aynı aylarda aldığı döner sermaye ile 2005 yılında aynı aylarda aldığı döner sermaye karşılaştırılmıştır. “n” sayıları döner sermaye ödenen ayları göstermektedir.

Döner sermaye gelir dağılımlarında asistanların seçilme nedeni, her kliniğin ortalamasından döner sermaye ödemesi aldıkları için klinikler arası farkın daha açık biçimde değerlendirilebilecek olmasıdır. 2002-2003 arasındaki döneme ait fark istatistiksel olarak anlamlı değil, diğer dönemlere ait farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Tanımlayıcı tipte bir sağlık hizmet araştırması olan bu çalışmanın evrenini Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada veri kaynağı olarak, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin verileri kullanılmıştır.

Araştırma sonuçları Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çalışan performanslarının değerlendirilmesini içermektedir.

5.1. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Çalışan Performans Analizi

Bu araştırma kapsamında uygulanan "Çalışma Memnuniyet Anketi" altı değişik gruptaki (uzman hekim, şef-şef yardımcısı, pratisyen hekim, idari personel, hemşire-sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanları) toplam 383 çalışana uygulanmıştır. Her ne kadar ankete katılan toplam personel sayısı yüksek olsa da hemşire-sağlık memuru grubu toplam çalışanların %48,4'ünü oluşturarak sonuçlar üzerinde büyük bir ağırlığa sahiptir.

ANEAH'de çalışanlarının aldıkları döner sermayenin adil hesaplandığına ait düşüncelerinin puanları puanlama sisteminde olan 1-5'in ortanca değeri 3 değerine yaklaşmamıştır. Ayrıca diğer sağlık çalışanları performans sonrasında öncesine göre döner sermaye hesaplanmasındaki adiline dağılıma daha az puan vermişlerdir. Performans öncesi dönemde alınan döner sermayenin adilce hesaplanması ile ilgili puanlamada unvanlar arasında fark vardır ve bu fark uzman hekim, hemşire- sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Performans sonrası bu fark unvan gruplarında yer değiştirmiş olup, şef-şef yardımcısı ve diğer sağlık personelinde fark kaynaklanmıştır. Tüm çalışanların döner sermayenin adilce hesaplandığına olan inançları performans sonrasında öncesine göre düşmüştür.

Anket sonuçlarına bütün olarak bakıldığında, aşağıda tartışılan performans sonrası bilgi ve beceri düşüklüğü dışında performans öncesi ve sonrası dönemler arasında çalışan memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar yoktur. Bir başka deyişle Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Kurumsal Kaliteyi Geliştirme" projesi çerçevesinde performansa dayalı hizmet modeli çalışanlar arasında memnuniyeti anlamlı bir şekilde artırmamıştır.

Yirmi sorudan oluşan memnuniyet anketine verilen yanıtların önce ve sonra olarak karşılaştırılmasında da bunu görmek mümkündür.

Araştırmada yer alan altı alt-grubun üçü (şef-şef yardımcısı, pratisyen hekim ve hemşire-sağlık memuru) performans sonrası döneme ait daha olumsuz yargıya sahipken, uzman hekimlerde bir fark gözlenmemekte, buna karşın idari personel ve diğer sağlık çalışanları unvan grupları performans sonrası dönemi daha olumlu değerlendirmektedirler. Bunun nedenlerinden birisi hastanenin hizmetlerindeki belirgin artışa karşın personel sayılarındaki artışın bunun gerisinde kalması olarak açıklanabilir.

Her ne kadar bu çalışma kapsamında çalışan memnuniyetine ek olarak hizmet alanların memnuniyeti ölçülmemiş olsa da hizmetlerdeki bu artışın yeterli personel ile desteklenmemesinin hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetlerinde en azından artmaya yol açmayacağı ortadadır. Yine bu araştırma kapsamında ilgili veri toplanmamış olsa da ameliyat sayılarındaki bu belirgin artışın hasta bekleme sürelerinde de belirgin kısalmaya neden olacağını söylemek hatalı olmaz. Tablo 4.2.3. de gösterildiği gibi ortalama yatış süresinin 2001 yılına göre 2005 yılında %17,3 azalarak 8,1 güne düşmesinin bir diğer nedeni ise ameliyat sayılarındaki, özellikle küçük ameliyatlardaki artışın oluşturduğu kullanılabilir yatak sayısı üzerine yaptığı baskıdır. Küçük ameliyat sayılarındaki yaklaşık dört kat artışın bir başka nedeni ise performans sistemine geçişle birlikte bu tür hizmetlerin kayıt altına alınmasında gösterilen titizlik olabilir. Yine bu dönemle birlikte ANEAH'de kayıtların bilgisayar ortamına geçirilmesi uygulaması da başlamıştır. Performans ödemelerinin bilgisayar kayıtları dikkate alınarak yapılması kayıt yapılmasında etkili olmuş olabilir.

Bu projenin çalışanlar açısından en büyük getirisi performans sonrası dönemde alınan döner sermaye miktarlarının uygunluğudur. Her ne kadar toplamdaki fark anlamlı değilse de dört alt grupta (uzman hekim, idari personel, hemşire-sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanları) aldığı döner sermayeyi tatmin edici bulanların oranı performans sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tüm gruplar birlikte incelendiğinde iş yapabilmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olma algısının performans sonrası dönemde performans öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

($p<0,05$). Buna karşın eğitim çalışmalarının yeterliliğinde performans öncesi ve sonrası dönemler arasında bir fark bulunamamıştır. Hatta en büyük grubu oluşturan hemşire-sağlık memuru grubunda performans sonrası dönemdeki eğitim çalışmalarının yeterliliği öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı artış göstermiştir. İleri çalışmalarla bu konunun daha derinlemesine araştırılması, hizmete özel bilgi ve beceri eksikliklerinin detaylandırılmasında yarar vardır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ücret ödeme sisteminin hastalar ve sağlık personeline olan etkisinin analizini içeren 2006 yılında yapılan bir çalışmada bu çalışmada elde edilen veri doğrultusunda sağlık personelinin, tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmadığı görüşünde oldukları tespit edilmiştir (82).

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ile Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde performansa dayalı değerlendirme çalışmasında katılımcılara mevcut sistemin performansı adil değerlendirip değerlendirmede sorulduğunda %69,3'ü adil değerlendirmede, %29,8'i kısmen adil değerlendirdiğini, %0,9'u tamamen adil değerlendirdiğini belirtmişlerdir (83). Buna göre mevcut sistemin performansı adil değerlendirmede sonucu ortaya çıkmaktadır. "Çoğu branşın hasta potansiyeli düşük olduğundan dolayı bu branş hekimlerinin puanları düşük olmaktadır. Bu durum hekimler arasında puan açısından adaletsizliğe yol açmaktadır." görüşüne hekimlerin %37,8'inin katıldığı, %35,1'inin kesinlikle katıldığı, %14,4'ünün katılmadığı, %6,3'ünün kesinlikle katılmadığı ya da %6,3'ünün tarafsız olduğu belirtilmiştir. Görüldüğü üzere ankete katılan hekimler, branşlar arasındaki puan dengesizliğine kesinlikle katılmaktadır.

Her üç çalışmada performans değerlendirilmesinde meslek grupları arasında haksızlık yapıldığı saptanmıştır.

ANEAH'de çalışanlarında yürütülmüş olan performans öncesi ve sonrası memnuniyet anketi sonuçlarında çalışanların unvanlarına göre çalışma ortamının fiziki koşullarının yeterliliği incelenmiş yeterli tıbbi malzemede olduğu gibi fizik koşulların da performans sonrası farklı olduğunu hemşire- sağlık memuru grubu belirtmiştir. Hemşire ve sağlık memurları hem tıbbi malzeme sağlanmasında hem de fiziki koşullarda performans sonrasının öncesine göre farklı olduğu kanaatindedirler,

ayrıca, bu fark istatistiksel yöndende anlamlı bulunmuştur. Performans öncesi ve sonrası unvanlara göre fiziki koşullar yönünden fark yoktur.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ücret ödeme sisteminin hastalar ve sağlık personeline olan etkisinin analizini içeren 2006 yılında yapılan bir çalışmada hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağladığı fikrine katılmadıkları görülmektedir (82). ANEAH’de yapılan çalışmada elde edilen sonuç diğer çalışmada elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan çalışan gruplarının “performansımızı artırmak için sürekli çaba sarf ediyoruz” önermesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde unvan gruplarına göre performans öncesi-sonrası arasında fark olmadığı saptanmıştır. Unvanlara göre performans öncesi ve sonrası ayrı ayrı incelendiğinde “performansımızı artırmak için sürekli çaba sarf ediyoruz” önermesine performans öncesi gruplar arasında fark olduğu ve farkın uzman hekim ve hemşire-sağlık memurlarından kaynaklandığı bulunmuştur. Performans sonrası unvanlar arasında fark vardır ve fark uzman hekim, hemşire- sağlık memurlarından kaynaklanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ücret ödeme sisteminin hastalar ve sağlık personeline olan etkisinin analizini içeren 2006 yılında yapılan çalışmada performans değerlendirme uygulamasından sonra iş yükünün ANEAH’de yapılan araştırmadan elde edilen bulguya benzerlik göstererek arttığı tespit edilmiştir (82).

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ile Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi’nde performansa dayalı değerlendirme çalışmasında işyükünün arttığı vurgulanmıştır (83).

Çalışma grubunda bulunan ANEAH çalışanlarının verdikleri hizmetlerden memnuniyetlerinin uzman hekim, pratisyen hekim, idari personel, ve diğer sağlık çalışanlarının performans öncesi ve sonrası dönemde farklı olmadığı, hemşire- sağlık memurlarının performans öncesindeki memnuniyet puanlarının performans sonrasında yüksek olduğu ve farkında istatistiksel yönden önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmanın yürütüldüğü dönemde performans öncesi unvanlar arasında verilen hizmet memnuniyet puanları arasında fark olup olmadığı incelenmiş olup, unvanlar arasında verilen hizmet memnuniyet puanları açısından fark olduğu, bu farkın anlamlı olduğu ve farkın şef-şef yardımcısı olanlar ile

hemşire- sağlık memuru olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Performans sonrası verilen hizmetin memnuniyeti unvanlar arasında farklıdır, fark idari personeller hariç her unvan grubu arasındadır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ANEAH çalışanlarının yeterli personele sahip olma durumları hakkındaki düşünceleri performans öncesi ve sonrası incelendiğinde hemşire- sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanlarının yeterli personele sahip olma konusunda performans öncesinde ve sonrasında farklı fikirlere sahip oldukları performans sonrasında personel sayısında azalma olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ile Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde performansa dayalı değerlendirme çalışmasında personel eksikliğinin performansa dayalı çalışmada büyük bir problem olduğu belirtilmiştir (83).

Araştırma grubunu oluşturan ANEAH çalışanlarının aldıkları döner sermayenin çalışanı tatmin edip etmediği performans öncesi ve sonrası olarak bakıldığında; uzman hekim, idari personel ve hemşire-sağlık memuru unvan grupları döner sermayenin tatmin edilişliliği hakkındaki düşüncelerinin performans sonrasında arttığı ancak ortalama puandan düşük olduğu saptanmıştır. Performans uygulamasının daha önce uygulanan döner sermayeye göre kıyaslanmasında çalışanların memnuniyetini artıracak yönde büyük bir fayda sağlamadığı anlaşılmaktadır.

Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ile Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde performansa dayalı değerlendirme çalışmasında genel olarak hekimler arasında performansa göre ücretlendirme uygulaması az memnuniyet hissettirmektedir (83).

ANEAH'de yapılan araştırmada, "gereksiz tetkik yaptırmıyoruz" önermesine verilen yanıt puanı performans öncesine göre performans sonrasında daha düşük olarak saptanmış olup, unvanlara göre verilen cevaplarda performans öncesi ve sonrası fark yoktur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde daha önce döner sermaye uygulaması mevcut olduğundan performansa dayalı uygulamada talep edilen tetkikler açısından herhangi bir fark olmamıştır.

ANEAH'de çalışan sağlık personelinin performans öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinde uygulamanın değişmesi sonucunda yükseltme yönünde herhangi bir katkı olmamaktadır.

Araştırmanın gerçekleştirildiği ANEAH’de performansa dayalı uygulama neticesinde ekonomik olarak daha fazla değerlendirmeye tabi olan ameliyatlarda büyük artışlar söz konusudur.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniklerinde doktor başına düşen poliklinik ve yatan hasta sayıları düşerken küçük ameliyat sayıları 3,5 kat ve toplam ameliyat sayıları ise 2,3 kat artış göstermiştir. Bu da plastik cerrah gibi sektörde az bulunan nitelikli insan kaynaklarının hastane tarafından daha verimli kullanıldığına işaret etmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlardan 18/11/2002 tarih ve 25299 sayılı yönerge ile Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Kurumsal Kaliteyi Geliştirme" projesi çerçevesinde performansa dayalı hizmet modeli Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda uygulamaya konması ile planlanan çalışanlara yapılan döner sermaye ödemelerinde bir artış sağlanması ANEAH'de gerçekleştiği görülmüştür. Uzman hekim, idari personel, hemşire-sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanları unvan grupları aldıkları döner sermayeyi performans sonrası dönemde tatmin edici bulmaktadırlar. ANEAH'nin 2001- 2005 arası dönemdeki veri kayıtları incelenmiştir. Bu verilerin değerlendirilmesi sonucuna göre dört yıl süresinde toplam laboratuvar sayıları, poliklinik sayıları ve toplam ameliyat sayıları artmıştır. Ameliyat sayılarında, özellikle küçük ameliyat sayılarında yıllar içinde belirgin bir artış olduğu görülmüştür. Ayrıca bu uygulama sonrasında ANEAH hizmet sayılarında görülen artışın, personelin performansına etki eden girişimlerde daha belirgin olduğu görülmüştür. Tüm bu verilere bakıldığında performans uygulaması hastanenin ürettiği hizmetlerde belirgin bir artışa, dolayısıyla da bir verimlilik artışına neden olmuştur. Bu da projenin temel amaçlarından olan sağlık hizmetlerinin iyileştirmesi amacına en azından niceliksel açıdan ulaşılması için olumlu bir sonuçtur. Ancak personel sayısında aynı oranda artma olmaması, verilen döner sermayenin adilane dağıtılmadığı düşüncesi gibi etmenler nedeniyle bu uygulama sonrası beklenen memnuniyet artışı olmamıştır.

Hizmet sektöründe insan ilişkileri çok önemlidir, dolayısıyla hastayla karşı karşıya olan sağlık çalışanlarının oluşturduğu hizmetin sunum biçimi, hizmeti alan kişilerin memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Bu yüzden çalışanın ortaya koyduğu hizmeti etkileyecek bütün etmenler dikkate alınmalıdır. Bu etmenlerden;

Çalışanlara yönelik olarak, işe uygunluk, bilgi- beceri durumlarının ölçülmesi, hizmet içi eğitim, yapılan işe ve çalışma durumuna uygun ücret politikası, sosyal statü oluşturma, terfi ve ilerleme sayılabilir.

Ortama yönelik olarak ise, fiziki şartlar, çalışma ve dinlenme ortamları, çalışma süresi ve tatiller, kullanılan araçların teknolojik yeterliliği, yeni ve çalışırılığı, beraber çalışılan personelin sayısal yeterliliği, yetenek ve uyum durumu sayılabilir.

Performansa dayalı ücretlendirme üzerine diğer ülke deneyimleri, ülkemiz açısından sistemin artı ve eksilerinin analiz edilerek ulusal bazda çalışmalar yapılması hususunda yönlendirici bir unsur olma imkanını da beraberinde getirmektedir. Bu açıdan bu alanda yapılan her çalışma yeni açılımları da beraberinde getirecektir. Bugünün performansı eldeki mevcut verilerle değerlendirilebilir. Ancak bu veriler ne kadar iyi olursa olsun devamlılığını sağlamada uygun planlama yapılmalı, çalışana, hastaya ve kuruma yönelik önlemler alınmalıdır.

Performans yönetim sisteminin başarıyla uygulanabilmesi için; kurumlar her şeyden önce etkili stratejinin, pazar konumlandırılmasından veya üründen çok “yetenekler” den kaynaklandığı inancını tümüyle benimsemelidir. Prof. Dr. Çağatay Öztürk tarafından yapılan bir tanımlamada “Verim” şöyle formüle edilmiştir:

$$\text{Verim} = \text{Yetenek} \times \text{Özendirme (motivasyon) dir.}$$

Bu denklemde *Yetenek* kişiye özgü olup değiştirilemez ve sabittir, yani yeteneği 1 olarak alırsak o kişiden beklediğimiz verimi artırabilmemiz için *Özendirmeyi* sağlamalıyız. Kişinin motivasyonunu ne kadar artırabilirsek *Verimi* de o doğrultuda artırmış oluruz. Özendirme araçları çok çeşitli olabilir, net gelir artışı en önemli özendirme yöntemidir. Ancak diğer özendirme yöntemleri söz konusu olsa da çalışanlar, bir zorlama ya da pazarlık olmaksızın geçerliliğini kabul ettikleri bu performans düzeyini benimserler ve ulaşmak için kendilerini adarlar. Kurumların başarısı için daha geniş kapsamlı ölçülere ve stratejik değerlendirme yaklaşımlarına ihtiyaç vardır. Eğer iyi kullanılırsa performans analiz ve ölçümleri, yönetim süreçleriyle bütünleştirilerek güçlü bir değişim aracı olabilir. Ölçme, son derece önemli olmakla beraber yönetimin kendisi değildir. Yalnızca modern performans odaklı bir yönetim sisteminin kritik bir unsurudur. Bu araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde;

1. Performans uygulaması bu çalışmanın verilerinin toplandığı tarihten bu yana bazı değişikliklere uğramıştır. Bu nedenle bu çalışmada elde edilen bulguların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve benzer çalışmaların başka sağlık kurumlarında da yapılması önerilir.

2. Bu çalışmada döner sermaye gelirlerinin artışına karşılık personel memnuniyetinin aynı oranda artmaması personelin verimli çalışmasına ücret dışında

başka faktörlerinde etki ettiğini göstermektedir. Dolayısıyla sağlık faktöründe asıl yapılması gereken verimlilik çalışmalarıdır ve verimliliği artırabilecek stratejilerin ortaya konulmasıdır.

3. Performans uygulaması ile ilgili alınacak kararlar bu tür çalışmalar sonrasında elde edilen sonuçlara dayandırılmalıdır.

Performansa dayalı ücret planlarının sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi her şeyden önce performansın rasyonel, adil ve objektif bir biçimde ölçülmesine bağlıdır. W.Edwards Deming'in "*para tek motivasyon aracı değildir*" deyişi bunu net biçimde vurgulamaktadır. Ücret motivasyon araçlarından sadece birisidir. Ücret ile diğer motivasyon araçları kombinasyonunun etkin bir şekilde işletilmesinin önemi ise açıktır.

KAYNAKLAR

1. The World Health Report 2000, "Health Systems: Improving Performance", Geneva, Switzerland, WHO, 2001.
2. Butler, M., Committee for Public Management Research of Ireland Discussion Paper 14, "Performance Measurement in The Health Sector", Ireland, 2000.
<http://www.cpmr.gov.ie/CPMRDiscussionPapers/paper14.doc> (11/07/2006).
3. Ökem, Z., Sağlık Ocaklarında Maliyet-Etkinlik ve Performans Analizi Üzerine Bir Deneme, Sağlık Kurumları Yönetim Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
4. Demirören, M., Aytuğ, A.M., Ergör, G., Sağlık Ocakları Araştırması 1997, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1998.
5. Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge, www.saglik.gov.tr (02/05/2006).
6. Aykanat, S., Sağlık İşletmelerinde Motivasyonu Personel Verimliliği Üzerine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Ankara, 2002.
7. Şimşek, M., Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçme, Hayat Yayınları, İstanbul, 2002.
8. Uyargil, C., İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul, 1994.
9. Akal, Z., 1992 İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi, MPM Yayınları, No:473, Ankara, 1992.
10. Öztekin, Z., Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1992.
11. Barutçugil, İ., Performans Yönetimi, Kariyer Yayıncılık İletişim, Eğitim Hizmetleri Ltd. Şti, İstanbul, 2002.
12. Performans Yönetimi, www.mcozden.com. (25/06/2006).
13. Anderson, G., Hussey P., Comparing Health System Performance In OECD Countries, Health Affairs, 20(3), S219-232, 2001.
14. Measurement of performance, <http://oamweb.osec.doc.gov/bsc/guide.htm> (03/11/2006).

15. Performans Denetim Raporları, www.sayistay.gov.tr. (25/07/2006)
16. Germirli, N., “Performans Yönetimi Sisteminde Uygulama Etkinliği”, Kalite Kongresi Bildirisi, 2001.
17. Uyargil, C., İnsan Kaynakları Yönetimi, Dönence Basım ve Yayım Hizmetleri, İstanbul, 2000.
18. Fındıkçı, İ., İnsan Kaynakları Yönetimi, Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul, 2000.
19. Gürüz, D., İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, 2004.
20. Türkel, U., Yöneticiler İçin: İnsan Kaynaklarının Etkin Kullanımı, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 1998.
21. Canman, A., D., Personelin Değerlendirilmesinde Çağdaş Yaklaşımlar ve Türkiye’de Kamu Personelinin Değerlendirilmesi, TODAİE, Ankara, 1993.
22. Sabuncuoğlu, Z., İnsan Kaynakları Yönetimi, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2000.
23. Yavuz, F., “Garantide Blanced Scorecard Uygulamaları”, Kalite Kongresi Bildirisi, 2000.
24. Egeli, S., Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1999.
25. Performans Değerlendirmesi, <http://www.baltas-baltas.com/kaynakdergiyazi.asp?PRI=233&SAYI=12> (Kasım, 2005).
26. Arslan, A., “Bireysel Performansın Kurumsal Performansa Geçişte Etkili Bir Araç: 360 Derece Değerlendirme”. Kalite Kongresi Bildirisi, 2001.
27. Baş, M., “Şirket Toplam Performans Yönetimi: Kimya Sektöründe Bir Uygulama”, Kalite Kongresi Bildirisi, 1999.
28. Özelmas, E., Ücret ve Ücretlerde Farklılıklar, İİTİA, Türkiye Ekonomisi Enstitüsü Yayınları, İstanbul, 1976.
29. Zaim, S., Çalışma Ekonomisi, İ.Ü. İktisat Fakültesi Yayını, İstanbul, 1972.
30. Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.
31. Ataay, İ., İnsan Kaynakları Yönetimi, Dönence Basın ve Yayın Hizmetleri, İstanbul, 2000.

32. Grant, J. R., "Internal Equity in Health Care Compensation" McKeown, F. A., Jandrey, M.L.N. (Eds) Human Resources Management in The Health Care Setting. American Hospital Publishing. Ss. 91-108, 1991.
33. Strike, J. A., Human Resources in Health Care: A Managers Guide, Blackwell Science, Cambridge, 1995.
34. Ö.1-29. Kestane, D., Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği, Maliye Dergisi, Sayı:142, 2003.
35. Öztürk, N. K., Kamu Kesimi Ücret Sistemleri ve Türkiye'deki Durumu, Türk İdare Dergisi, 2000.
36. Ünal, A., Performansa Dayalı Ücret ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar, Kamu-İş, 1995.
37. Bilgin, K. U., Kamu Performans Yönetimi, TODAİE Yayın No: 323, Ankara, 2004.
38. <http://www.insankaynaklari.com/bireyler/trends/makale/perfucuretart.asp> (18/03/2007).
39. Urniker, W., Management Skills for the New Health Care Supervisor, Apsen Publication, Maryland, 1998.
40. Çekmecelioğlu, H., İş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarının İşten Ayrılma Niyeti Ve Verimlilik Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi: Bir Araştırma, www.isguc.org.(11/11/2007).
41. Edis, M., Performance Management and Appraisal In Health Services, Kogan Page, London, 1995.
42. Johnson, E.A., Johnson, R.L., Hospitals in Transition, Apsen Publication, Rockville, 1982.
43. Akdağ, R., Aydın, S., Demir, M., Sağlıkta Performans Yönetimi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006.
44. Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M., Getting Health Reform Right Draft , October, 2001.
45. Rakich, J. S., Darr, K., Hospital Organization and Management,:Text And Readings, Second Edition SP Medical Scientific Books, New York, 1978.

46. Reinhardt, U. E., Paying the Providers of Health Care: Rewarding Superior Quality, International Symposium: Toward an Equitable, Efficient, and High Quality National Health Insurance, March, Taipei, Taiwan, 2005.
47. Eddy, D. M., Performance Measurement: Problems and Solutions, Health Affairs, July/August, P: 7-25, 1998.
48. Steinberg E. P., Luce, B. R., Evidence Based? Cave at Emptor Health Affairs, January/February, 2005.
49. Garber, A., Evidence-Based Guidelines as a Foundation for Performance Incentives, Health Affairs, January/February, P:174-9, 2005.
50. Galvin, R. S., Delbanco, S., Millstein, A., Belden, G., Has the Leapfrog Group had an Impact on the Health Care Market? Health Affairs January/February, P: 228-33, 2005.
51. Fink, L. "Pay for Performance-a clash of cultures", Physician Executive, Jul-Aug 32(4), 2006, 34-8
52. Gonzales, C.M., Penson, D., Kosiak, B., Dupree, J., Clemens, J.Q., "Pay for Performance: Rationale and Potential Implications for Urology", Journal of Urology, Aug 178(2), 2007, 402-8
53. Adinolfi, P., "Performance-Related Pay for Health Service Professionals: the Italian experience", Health Services Management Research, Nov;11 (4), 1998: 211-20
53. Doran, T., Fllwood, Gravelle, H., Reevws, D., Kontopantelis, F., Hiroeh, U., Roland, M., "Pay-for-Performance Programs in Family Practices in The United Kingdom", The New England Journal of Medicine, Jul 27; 355(4), 2006, 375-84
54. Chernichovsky, D., Bayülken, C., "A Pay-for-Performance System for Civil Service doctors: The Indonesian Experiment", Social Science&Medicine, JUL; 41(2), 1995, 155-61 1-9.
55. Liu, X., Mills, A., "The Effect of Performance-Related Pay of Hospital Doctors on Hospital Behavior: A Case Study From Shandong, China", Human Resources For Health, Oct 27, 2005, 3-11
56. Vounasis, F., Dubinsky, I.L., "Are Physician Executive Pay-For-Performance Programs The Future of Physician Leader Compensation in Canada?", Healthcare Quarterly, 8(4), 2005, 86-90

57. Özelmaz, E., Ücret ve Ücretlerde Farklılıklar, İ.İ.T.İ.A. Türkiye Ekonomisi Enstitüsü Yayınları No. 7, s.11, İstanbul 1976.
58. Öztürk, N. K., “Kamu Kesimi Ücret Sistemleri ve Türkiye’de Durum”, Türk İdare Dergisi, Sayı 428, s.73, Eylül 2000.
59. Schuller, R., Managing Human Resources, Fifth Edition, West Publishing Company, New York, 1995, s. 426.’dan naklen ÜNAL Ayşe; “Performansa Dayalı Ücret ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar”, Kamu-İş, Cilt 5-Sayı 1, s.2, Temmuz 1999.
60. Ünal, A., “Performansa Dayalı Ücret ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar”; Kamu-İş, Cilt 5-Sayı 1, s.6, Temmuz 1999.
61. Ünal, A., “İnsan Kaynakları Yönetimi Sisteminde Ödüllendirme: Ücret Performans İlişkisi”; Kamu-İş, Cilt 5-Sayı 4, s. 16, Temmuz 2000.
62. İncir, G., “Performansa Dayalı Ücret Sistemi Bir Demotivasyon Aracı mıdır?”, MPM Anahtar Dergisi, s.5, Şubat 2000.
63. Kumbul, B., “Ücrette Adaleti Sağlayan Performansa Dayalı Ücret Sistemleri”, <http://www.isguc.org/bkumbul1.htm>
64. Public Management Occasional Papers No:10, s.8, “Pay Reform in The Public Service”; OECD PUMA, 1996.
65. Aslan, Y., Hastanelerde Kapasite Kullanımında Verimliliğin Artırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1990.
66. Handler, A., Issel, M., Turnock, B., A Conceptul Framework to Measure Performance of the Public Health System, American Journal of Public Health, 91(8), S1235-1239, 2001.
67. Özçer, S., Verimlilik Etkileri Açısından Sınai İşletmelerinde Örgüt Yapıları ve Liderlik Biçimleri, MPM Yayınları, Ankara, 1988.
68. Gürsoy, B., Verimlilik Üzerine Düşünceler, MPM Yayınları, Ankara, 1985.
69. Anonim, Verimlilik Nedir? Verimlilik Ölçme, Milli Prodüktivite Merkezi Verimliliği Artırıcı Yaklaşım ve Teknikler Dizisi 7, <http://www.verimlilik.baskent.edu.tr/belgeler/verimliliknedir.htmr> (01/05/2005).
70. Üner, S., Sağlık Ocakları Performans Değerlendirme Modeli Çalışması, Sağlık Yönetimi Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.

71. Guuffrifa, A., Gravelle, H., Discussion Papers in Economics No: 1999/36, "Measuring Performance In Primary Care: Econometric Analysis and DEA", The University Of York, York, United Kingdom, 1999.
72. Primary Health Care Management Advancement Programme (PHC Map), Aga Khan Foundation, Washington DC, USA, 1993.
73. Kielmann AA, Janovsky K, Annett H. Assessing District Health Needs, Services and Systems: Protocols for Rapid Data Collection and Analysis. London: Macmillan and AMREF, 1995.
74. Rapid Evaluation Method Guidelines for Maternal and Child Health, Family Planning and Other Health Services, World Health Organization, Geneva 1993.
75. Maier, B., Görgen, R., Kielmann, AA, Diesfeld, HJ., Korte, R., Assesment of the District Health System Using Qualitative Methods, Gesellschaft Für Techninische Zusammenarbeit, United Kingdom, 1994.
76. Annett, H., Rifkin, S. Guidelines for Rapid Participatory Appraisals to Assess Community Health Needs, A Focus on Health Improvements for Low-income Urban and Rural Areas, WHO, Geneva, 1995.
77. Beaulieu, J., Scutchfield, F.D., Assesment of Validity of The National Public Health Performance Standarts: The Local Public Health Performance Assesment Instrument, Public Heath Report, 117, S28-36, 2002.
78. Sağlık Hizmetleri Sistemi Temel İşlevlerinin Performans Ölçümü, Sağlık Hizmetleri Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi Çalışması, Sağlık Bakanlığı SPGK, Ankara, 2002.
79. Blendon, R.J., Kim, M., Benson, J.M., The Public Versus The World Health Organization on Health System Performance, Health Affairs, 20(3), S10-20, 2001.
80. <http://www.anh.gov.tr> (12/09/2007).
81. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerlendirme Yönergesi, <http://www.saglik.gov.tr>
82. Gazi, A., Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Yöneticiliği Bilim Dalı, Ankara, 2006.

83. Kesici, B., Performansa Göre Ücretlendirme Sistemi Kahramanmaraş Devlet Hastanesi İle Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, 2005.

EK

Ek 1: Anket Formu.

Çalışan Memnuniyet Anketi

1. Yaş

2. Cinsiyet

3. Ünvan

4. Halen çalıştığı birim

5. Bu hastanede toplam çalışma süresi (yıl)

Erkek

Kadın

6. Memnuniyet Algılama Soruları	Performans Uygulaması					Performans Uygulaması				
1= Hiç Katılmıyorum 2= Katılmıyorum 3= Kararsızım	Öncesi					Sonrası				
4= Katılıyorum 5= Tamamen Katılıyorum										
6.1. Verdiğimiz hizmetin manevi değeri takdir ediliyor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.2. İşimizi yapabilmek için yeterli tıbbi malzemeye sahibiz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.3. İşimizi yapabilmek için yeterli personele sahibiz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.4. İşimizi yapabilmek için yeterli mali kaynağa sahibiz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.5. İşimizi yapabilmek için yeterli fiziki koşullara sahibiz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.6. İşimizi yapabilmek için yeterli bilgi ve beceriye sahibiz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.7. Bir iş planı dahilinde çalışıyoruz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.8. Performansımızı artırmak için sürekli çaba sarfediyoruz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.9. Bizden ne beklendiğini tam olarak biliyoruz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.10. Hastaların gereksinimlerini anlamak için sürekli çaba sarfediyoruz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.11. Verdiğimiz hizmet sonuçlarından memnunuz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.12. Verimli çalışıyoruz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.13. Aldığım döner sermaye tatmin edicidir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.14. Aldığım döner sermaye adilce hesaplanmaktadır	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.15. Aldığım döner sermaye zamanında elime geçiyor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.16. Hastalara yeterli zaman ayırabiliyoruz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.17. Gereksiz tetkik yaptırmıyoruz	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.18. Çalışma huzurumuz iyi ve yeterlidir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.19. Yaşam kalitemiz yüksektir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.20. Eğitim çalışmalarımız yeterlidir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

7. Hizmet performansını arttırmak için aşağıdaki hangi koşulların daha da iyileştirilmesi gerekmektedir? (uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)

Açıklayın

a. Tıbbi araç-gereç

b. Mali kaynak

c. Fiziki yapının iyileştirilmesi

d. Personel desteği

e. Personel bilgi ve becerilerinin iyileştirilmesi

f. Diğer

8. "Performansa Dayalı Çalışma Uygulaması" hakkında kişisel görüşünüzü açıklayın.