

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ VE UYGULAMALARI:
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
DAVUT SULAR

DANIŞMAN
PROF. DR. FERİT İZCİ

VAN-2021

KABUL VE ONAY SAYFASI

Davut SULAR tarafından hazırlanan “Sağlıkta Performans Yönetimi ve Uygulamaları: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.	
Danışman: Prof. Dr. Ferit İZCİ Kamu Yönetimi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum	
Başkan: Prof. Dr. Ferit İZCİ Kamu Yönetimi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum	
Üye: Doç. Dr. Yıldız ATMACA Kamu Yönetimi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum	
Üye: Doç. Dr. Veysel ERAT Kamu Yönetimi, Bitlis Eren Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum	
Yedek Üye: Anabilim Dalı, Üniversite Adı Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum	
Yedek Üye: Anabilim Dalı, Üniversite Adı Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum	
Tez Savunma Tarihi:	13/09/2021
Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini ve imzaların sahiplerine ait olduğunu onaylıyorum. Prof. Dr. Bekir KOÇLAR Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü	

ETİK BEYAN

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü **Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;**

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. (13/09/2021)

Davut SULAR

Yüksek Lisans Tezi

**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

Eylül, 2021

SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ VE UYGULAMALARI: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

ÖZET

Sağlık sistemi içinde en çok harcamaların yapıldığı, önemli sağlık kurumları olan hastanelerin kendilerine tahsis edilen kaynakları verimli kullanması ve bu kaynakların maliyetlerini düşürerek etkinliğini arttırması önem arz etmektedir. Bunu sağlamak için sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan hastane yataklarının ve insan gücünün etkili kullanımını sağlamak amacıyla sağlıkta performans uygulamasına geçilmiş ve sağlıkta performans yönetimi ve uygulamalarının önemi ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait performans değerlendirmesi yapılmıştır. Hastane performans değerlendirme kriteri olarak; hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı, yatak başına düşen hekim oranı, yatak başına düşen hemşire oranı, hekim başına ağırlıklı ameliyat sayısı, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı araştırmaya dâhil edilmiştir. Hastane faaliyetlerini yerine getirirken mevcut performans yönetimi düzeyi ile Sağlık Bakanlığı kaynaklarına göre olması gereken performans yönetimi düzeyi karşılaştırılarak değerlendirme yapılmıştır. Hastanenin idari fonksiyonelliğini ve etkinliğini ortaya koymak ve performans kriterleri uygulanmaya çalışılırken tespit edilen eksikliklerin iyileştirilmesi için öneriler sıralamak böylece yönetsel kararlarda faydalı olmak amaçlanmıştır. Çalışmanın evreni Türkiye'deki hastaneler olup, örneklem olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi seçilmiştir.

Belgesel Kaynak Tarama Yöntemi kullanılarak çalışma alanıyla ilgili geniş bir literatür taraması yapılmış böylece tezin teorik kısmı oluşturulmuştur. Çalışmanın özelinde yer alan SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin performans yönetimi ve uygulamaları konusu ise anılan hastaneye ait birincil kaynaklar (elektronik/fiziki rapor, belge, diğer resmi evraklar) baz alınarak yazılmıştır. Birincil kaynaklar değerlendirilirken, nitel araştırma yöntemlerinden olan “Doküman Analizi” metodu yardımıyla tanımlayıcı istatistiksel modeller kullanılmıştır. Kapsamlı ve objektif bir sonuç elde etmek adına 2017-2020 yılları performans kriterlerinin çalışma sınırları içerisinde yer alması uygun görülmüştür. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından henüz 2020 yılına ait veriler yayınlanmadığından bu yıla ait veriler bilgi amaçlı olarak paylaşılmıştır. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin performans kriterleri değerlendirilirken Sağlık Bakanlığı'na ait istatistik yıllıkları, verimlilik karne uygulaması gösterge kartları ve Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yataklı Tedavi Kurumlarına Yönelik Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği esas alınmıştır. Yapılan değerlendirme neticesinde SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı ve cerrahi hekim başına düşen ağırlıklı ameliyat sayısının en fazla 2019 yılında en az 2020 yılında olduğu, tüm yıllarda uzman hekim ve hemşire ihtiyacının bulunduğu, Sağlık Bakanlığı istatistikleri ile karşılaştırma yapıldığında, yatak devir hızı ile ortalama kalış gün sayısının genel olarak verimli olduğu, yatak doluluk oranının ise standartların altında kaldığı, böylece kaynakların etkin kullanılmadığı ve yatakların atıl kapasite ile çalıştırıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Hastane, Performans Yönetimi, Sağlıkta Performans

Sayfa Sayısı : xv + 165

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ferit İZCİ

M.Sc. Thesis

Davut SULAR

VAN YÜZÜNCÜ YIL UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES

September, 2021

**PERFORMANCE MANAGEMENT AND ITS APPLICATIONS IN
HEALTH: THE CASE OF UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES VAN
TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL**

ABSTRACT

It is important that hospitals, which are important health institutions where the most expenditures are made in the health system, use the resources allocated to them efficiently and increase the efficiency of these resources by reducing their costs. In order to achieve this, in order to ensure the effective use of hospital beds and manpower, which constitute a large part of health expenditures, performance in health has been implemented and the importance of performance management and practices in health has emerged. In this study, the performance evaluation of the University of Health Sciences Van Training and Research Hospital for the years 2017, 2018, 2019 and 2020 was made. As hospital performance evaluation criteria; The number of outpatient clinics per doctor per day, the rate of doctors per bed, the rate of nurses per bed, the number of weighted surgeries per doctor, bed occupancy rate, bed turnover rate and average number of days of stay were included in the study. Evaluation was made by comparing the current performance management level and the performance management level that should be according to the sources of the Ministry of Health while performing the hospital activities. It is aimed to reveal the administrative functionality and effectiveness of the hospital and to list suggestions for improving the deficiencies detected while trying to apply the performance criteria, so that it will be useful in managerial decisions. The universe of the study is hospitals in Turkey and University of Health Sciences Van Training and Research Hospital was chosen as the

sample. A large literature review was made using the Documentary Source Search Method, thus the theoretical part of the thesis was formed. The subject of performance management and practices of the University of Health Sciences Van Training and Research Hospital, which is part of the study, was written on the basis of primary sources (electronic/physical report, document, other official documents) of the said hospital. When evaluating primary sources, Descriptive statistical models were used with the help of the "Document Analysis" method, which is one of the qualitative research methods. In order to obtain a comprehensive and objective result, it was deemed appropriate to include the performance criteria for the years 2017-2020 within the study limits. However, since the data for 2020 has not yet been published by the Ministry of Health, this year's data has been shared for informational purposes. While evaluating the performance criteria of the University of Health Sciences Van Training and Research Hospital, statistical annuals of the Ministry of Health, efficiency report card application indicator cards and the Ministry of Health's Provincial Organization Bed and Staff Standards Regulation for Inpatient Treatment Institutions were taken as basis. As a result of the evaluation, the number of daily outpatient clinics per physician and the number of weighted surgeries per surgical physician in the University of Health Sciences Van Training and Research Hospital were at the most in 2019, at the least in 2020, and that there was a need for specialist physicians and nurses in all years, with the statistics of the Ministry of Health and that when a comparison is made, it has been concluded that the bed turnover rate and the average number of days of stay are generally efficient, the bed occupancy rate is below the standards, so the resources are not used effectively and the beds are operated with idle capacity.

Key Words :Health, Health Service, Hospital, Performance Management, Performance in Health

Quantity of Page : xv + 165

Supervisor : Prof. Dr.Ferit İZCİ

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xiv
ÖNSÖZ.....	xv
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. TEMEL KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. Sağlık Kavramı	4
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	7
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	9
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	12
1.5.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri	13
1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	16
1.5.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	21
1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	21
1.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi	22
1.6.1. 1920 – 1938 Dönemi.....	23
1.6.2. 1938 – 1960 Dönemi.....	26
1.6.3. 1961 – 1980 Dönemi.....	27
1.6.4. 1980 – 2002 Dönemi.....	29

1.6.5. 2002 yılı sonrası Sağlık Politikaları: Sağlıkta Dönüşüm Programı	31
1.6.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı	32
1.6.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri	33
1.6.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	35
1.6.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Eleştirisi	35
1.7. Önemli Sağlık Kurumları Olarak Hastaneler	41
1.7.1. Hastanelerin Tanımı	41
1.7.2. Hastanelerin Özellikleri	43
1.7.3. Hastanelerin İşlevleri	44
1.7.4. Hastanelerin Sınıflandırılması	45
İKİNCİ BÖLÜM	48
2. PERFORMANS KAVRAMI VE SAĞLIKTA PERFORMANS UYGULAMASINA GEÇİŞ SÜRECİ.....	48
2.1. Performans Kavramının Tanımı	48
2.2. Performans Yönetimi	50
2.3. Performans Yönetimi Sistemi	54
2.3.1. Performans Yönetimi Sisteminin Amaçları	55
2.3.2. Performans Yönetimi Sisteminin Temel Unsurları.....	57
2.4. Performans Değerlendirme Kavramı.....	58
2.4.1. Performans Değerlendirmenin Amaçları	61
2.4.2. Performans Değerlendirmenin Süreci	62
2.4.3. Performans Değerlendirmenin Yararları.....	63
2.4.4. Performans Değerlendirilmesinde Yapılan Hatalar	65
2.4.5. Performans Değerlendirmenin Yöntemleri.....	68
2.4.5.1. Kişiler Arası Karşılaştırmaya Dayalı Yöntemler.....	70

2.4.5.2. Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yöntemler .	71
2.4.5.3. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yöntemler	74
2.5. 360 Derece Performans Geri Bildirimi.....	76
2.6. Sağlıkta Performans Değerlendirme.....	79
2.7. Sağlıkta Performans Yönetimi ve Ölçütleri	82
2.7.1. İnsanın Mutluluğunun Sağlanması (Hasta Memnuniyeti)	83
2.7.2. Sağlık Çıktıları	84
2.7.3. Hizmet Sunum Sürecinin Ödüllendirilmesi (Süreç Ölçümü)	85
2.7.4. Altyapının ve Girdilerin Kalitesi (Girdi Analizi).....	85
2.8. Hastane Performansı.....	86
2.8.1. Hastane Performansının Temel Göstergeleri	88
2.9. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	91
2.10. Performansa Dayalı Ödeme Sistemine Geçiş Süreci, Sürecin Gelişimi ve İşleyişi	94
2.11. Performansa Dayalı Ödemede Ücret-Performans Bağlantısı	99

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 101

3. SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ VE UYGULAMALARI: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ..... 101

3.1. Hastanenin Tarihçesi	101
3.2. Araştırmanın Metodolojisi	102
3.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	103
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	104
3.5. Araştırmanın Sınırları.....	104
3.6. Verilerin Toplanması ve Analizi	104

3.6.1. Hekim Başına Düşen Günlük Poliklinik Sayısı	105
3.6.2. Yatak Başına Düşen Hekim Oranı	108
3.6.3. Yatak Başına Düşen Hemşire Oranı	114
3.6.4. Hekim Başına Düşen Ağırlıklı Ameliyat Sayısı	118
3.6.5. Yatak Doluluk Oranı	121
3.6.6. Yatak Devir Hızı (Hasta)	128
3.6.7. Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı.....	132
3.7. SONUÇ VE ÖNERİLER	136
KAYNAKÇA	148
ÖZGEÇMİŞ	
TEZ ORJİNALLİK RAPORU	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

AÇSAP

ADSM

ASM

ÇEKÜS

DSÖ

İBBS

KETEM

KHK

KVC

MSB

PDC

SB

SBÜ

SDP

SHGM

SHSHK

SPTS

SSYB

TDK

TSM

TSİM

VSD

WHO

Açıklamalar

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Aile Sağlığı Merkezi

Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü

İstatistiki Bölge Birimleri

Sınıflandırması

Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim

Kanun Hükmünde Kararname

Kardiyovasküler Cerrahi

Millî Savunma Bakanlığı

Personel Dağılım Cetveli

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Hakkında Kanun

Sağlık Personeli Takip Sistemi

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

Türk Dil Kurumu

Toplum Sağlığı Merkezi

Temel Sağlık İstatistikleri Modülü

Verem Savaş Dispanseri

World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllara Göre Klinisyen Hekim ve Poliklinik Sayıları (Diş ve Acil Hariç), (2017-2020)..	106
Şekil 3.2: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Klinisyen Hekim Başına Düşen Günlük Poliklinik Sayıları (Diş ve Acil Hariç), 3 Aylık Periyotlar ve Yıl Sonu Ortalaması, 2017-2020.	107
Şekil 3.3 : SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzman Hekim Mevcut ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.....	110
Şekil 3.4: SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pratisyen Hekim Mevcut ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.....	111
Şekil 3.5: SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzman ve Pratisyen Hekim Mevcut ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.....	112
Şekil 3.6: Yatak Başına Düşen Hekim Oranı, 2017-2020.....	113
Şekil 3.7: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mevcut Hemşire Sayısı ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.....	116
Şekil 3.8: Yatak Başına Düşen Hemşire Oranı, 2017-2020.....	116
Şekil 3.9: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Hekim Başına Düşen Aylık Büyük ve Orta (A,B,C) Ameliyat Sayıları, 2017-2020.	120
Şekil 3.10: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllar Bazında 3 Aylık Yatak Doluluk Oranı (%) 2017-2020.....	124
Şekil 3.11: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karşılaştırmalı Yatak Doluluk Oranı (%), 2017-2019.	126

Şekil 3.12: Şekil 3.12: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllar Bazında 3 Aylık Yatak Devir Hızı, (2017-2020).	129
Şekil 3.13: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karşılaştırmalı Yatak Devir Hızı, (2017-2019).	130
Şekil 3.14: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllar Bazında 3 Aylık Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı, 2017-2020.	133
Şekil 3.15: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karşılaştırmalı Ortalama Kalış Gün Sayısı, 2017-2019.	135



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1.1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	13
Tablo 1.2: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.	17
Tablo 1.3: Birinci Basamak Sağlık Birim / Kurumları, 2019	18
Tablo 1.4: Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Sayıları	18
Tablo 1.5: 112 Acil Sağlık İstasyonu Sayıları, 2010-2019.	19
Tablo 1.6: 1923 Yılı sağlık kurumları ve yatak sayısı.	24
Tablo 1.7:Türkiye'nin 1923 Yılı Sağlık Personeli Durumu.....	24
Tablo 1.8:Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler.	45
Tablo 2.1: Performans Kavramı ve Tanımları.....	50
Tablo 2.2:Performans Yönetimi ile Performans Değerlendirmenin Karşılaştırması.....	53
Tablo 2.3:Performans Değerlendirme ile Performans Yönetimi Sisteminin İşlevsel Açıdan Farkları.	61
Tablo 2.4:Performans Değerlendirme Süreci.	62
Tablo 3.1: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi A,B,C Grubu Ameliyat Sayıları, 2017-2020.	119

ÖNSÖZ

Güçlü temeller üzerine kurulu sağlık hizmetleri sistemi ile daha sağlıklı, verimli ve mutlu bireylerin yetişmesi hedeflenmekte bu durum daha müreffeh bir devlet kurmanın önemli bir unsuru olarak öne çıkmaktadır. Değişen dünya ile teknolojik ilerlemelerin meydana gelmesi ve temel ihtiyaçların farklılaşması gibi nedenler sağlık sistemlerinin günün şartlarına göre yeniden dizayn edilmesini zorunlu kılmıştır. Ülkemizde Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar farklı sağlık politikaları benimsenmiştir. Günümüzde ise sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu performans kriterleri esas alınarak sunulmaktadır. Bu kriterlerin uygulanması ile ulaşılabilir, verimli ve etkin sağlık sunumu amaçlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda performans yönetimi ve uygulamalarının önemli bir konu olması, Van iline ve çevre illere önemli derecede sağlık hizmeti sunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin performans kriterleri kapsamında ele alınması fikrine zemin hazırlamıştır.

Bu çalışmanın her aşamasına bilgisi ve desteği ile katkıda bulunan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ferit İZCİ'ye, görüş ve önerileriyle yardımcı olan Doç. Dr. Yıldız ATMACA, Doç. Dr. Veysel ERAT ve Arş. Gör. Mehmet Şerif YILDIZ'a ve her zaman yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

Davut SULAR

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanan sağlık, insan odaklı olması, ikame edilememesi nedeniyle her zaman önemini korumaktadır. Bireysel öneminin yanında sosyo ekonomik etkileri ile ülke politikalarının üzerinde şekillendiği önde gelen hizmetler arasında yer almaktadır. Teknolojik gelişmelerin yaşanması, talep ve ihtiyaçların farklılaşması, insanların bilgi düzeylerinin yükselmesi gibi nedenlerden dolayı birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da değişim ve gelişmelerin oluşması kaçınılmaz olmuştur.

Ülkemizde 1920’li yıllardan beri sağlık hizmetlerinde etkin olmak adına adımlar atılmış, bu kapsamda planlar, taslaklar, reformlar hazırlanmış bunlar içinde uygulama alanı bulan çalışmalar olmakla beraber birtakım çalışmalar da hayata geçirilememiştir. Sağlık hizmetleri sistemimizin temelinde bu çalışmaların birikimi olduğu açıktır. Yapılan çalışmalar arasında günümüz sağlık hizmetleri içerisinde uygulanabilir olanlar, ülkemizin toplumsal ve ekonomik yapısına hitap edecek uygulamalar ve gelişmiş ülkelerde başarılı olmuş sağlık politikaları baz alınarak yeni çalışmalar için adımlar atılmıştır. Bu çalışmalar içerisinde günümüz sağlık politikalarının temelini oluşturan ve 2003 yılında “Acil Eylem Planı ve Kamusal Reform” başlığı ile hedefleri açıklanan “Herkesin Sağlık” ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olmuştur.

Kamu sağlık sektörünü birçok açıdan düzenleyen bu program ile yapılan en önemli çalışmalar arasında performansa dayalı yönetim anlayışı ve performans uygulamaları ile sağlık hizmetleri standartlarını yükseltmeyi hedeflemek olmuştur. Tüm toplumu kapsayan kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması için performans değerlendirmesi ve performansa göre ödeme sistemleri uygulanmıştır. Önceki dönemlerde daha çok özel sektörde kullanılan performans yönetimi, kamu kurumları içerisinde çok büyük insan gücü ve altyapıya sahip olan bu bağlamda sağlık sistemi içerisinde en fazla giderin olduğu hastanelerde etkin olarak kullanılmaktadır.

Hastanelerde performans sisteminin uygulanmasında çalışanların ve hastaların memnuniyet algıları, kaliteli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunumu, finansal sürdürülebilirlik ve idari başarı gibi önemli kriterlerin hedeflenmesi etkili olmuştur. Ülkemiz sağlık sisteminde performans yönetimi ve uygulamalarının ne denli önemli olduğu hususu göz önüne alınarak bu çalışma yapılmıştır. Çalışmamızın evreni Türkiye’deki hastaneler iken örneklem olarak SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi seçilmiştir. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin örneklemde yer alması, bölge hastanesi olarak geniş bir hasta kitlesine hitap etmesi ve anılan hastanenin literatürde bu kapsamda bir çalışmaya henüz konu edilmemiş olmasından ötürü önem arz etmektedir. Çalışmaya konu olan hastane performans kriterleri değerlendirilirken daha kapsamlı bir sonuca ulaşmak amacıyla 2017-2020 yıllarına ait veriler ele alınmıştır. 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait tüm veriler hastanenin 3 aylık periyotları ve yıl sonu verileri baz alınarak karşılaştırılmıştır. 2017, 2018 ve 2019 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı (Türkiye geneli), Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van il geneli verileri ile karşılaştırılmış ve bu şekilde değerlendirme yapılmıştır. 2020 yılına ait verilerin sınırlı kullanılmasının nedeni ise araştırma aşamasında Sağlık Bakanlığına ait 2020 yılı istatistiklerinin henüz yayınlanmamış olmasıdır.

Çalışmanın konusu SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin performansını idari anlamda ölçmektir. Bu çalışmanın sonucunda ilgili hastane performans kriterlerini hangi oranda sağlıyor? sorusuna cevap bulmak istenmektedir. Böylece hastanenin idari fonksiyonelliği, yatak ve insan gücü kullanımı konusundaki etkinliği ölçülerek, ulaşılan verilerin Sağlık Bakanlığı performans kriterleri ile karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi ve tespit edilen eksikliklerin temel nedenlerini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için öneriler sunulacaktır.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık hizmetleri konusu ve hastaneler temel kavramsal bir çerçeve kapsamında ele alınarak konu ile ilgili kavramların tanımı yapılmıştır. Ayrıca Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi beş dönem halinde açıklanmış, bu dönemlere ilişkin yapılan çalışmalar ve kabul edilen

kanunlar belirtilmiştir. Önemli sağlık kurumları olarak lokomotif görevi gören hastanelerin tanımı yapılmış, özellikleri ve önemi belirtilmiştir.

İkinci bölümde performans kavramı, performans yönetimi, performans değerlendirme kavramı ile bu kavramlara ilişkin alt başlıklar hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Sağlıkta performans ve performans değerlendirme, sağlıkta performans yönetimi ve ölçütleri, hastane performansı, performansla dayalı ek ödeme sistemi ile sisteme geçiş süreci, sistemin tarihçesi ve işleyişi ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde çalışma özelinde yer alan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tarihçesi hakkında bilgi verildikten sonra hastanenin performans kriterlerini hangi oranda gerçekleştirdiğini, idari fonksiyonelliğini ve etkinliğini ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırma sınırları arasında yer alan hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı, yatak başına düşen hekim oranı, yatak başına düşen hemşire oranı, hekim başına düşen ağırlıklı ameliyat sayısı, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı hakkındaki veriler, Sağlık Bakanlığı yıllık istatistikleri, verimlilik karnesi gösterge kartları ve Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yataklı Tedavi Kurumlarına Yönelik Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği ile karşılaştırılarak sonuç ve öneriler oluşturulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TEMEL KAVRAMSAL ÇERÇEVE

İnsanlar tarihin her döneminde sağlığa önem vermiş ve hastalıkların tedavi edilmesi, sağlığın geliştirilmesi için sürekli bir arayış içinde olmuştur. Bu durum sağlık hizmetlerinin gelişerek günümüze kadar gelmesine zemin hazırlamıştır.

Bir içgüdü olarak başlayan sağlık hizmetleri, zaman içerisinde toplumsal davranışın ötesine geçerek bilinçli bir davranışa dönüşmüş bir nizam içinde sürekli değişime uğramıştır (Akdur vd., 1998: 6). Sağlık ve sağlık hizmetleri, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin yaşanmasından doğrudan etkilenecek geleneksel anlayışın benimsenmesinden günümüze kadar geçen zaman içerisinde farklı kavramlarla tanımlanmış ve evrilerek günümüzde genel geçer tanımlar ile ortaya konulmuştur. Araştırmanın bu bölümünde sağlık ve sağlık hizmetlerinin önemine binaen kavramsal bir çerçeve oluşturulacak, sağlık hizmetlerinin amacı, önemi, sınıflandırılması ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden bahsedilecektir. Ayrıca sağlık hizmetleri açısından önemli yapılar olan hastaneler ele alınacaktır.

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık ve esenlik tüm insanların yaşamlarının merkezinde yer alan günümüz toplumunu ve gelecek nesilleri etkileyen önemli bir husustur (World Health Organization [WHO], 2020: 1). Sağlık kavramı, içinde bulunulan zamanın şartları ve kültürel yapının etkisiyle de farklı tanımlarla ifade edilmektedir.

Sağlığı tanımlarken dikkat edilen temel husus, bu tanımın resmi tanımlar ve resmi olmayan tanımlar şeklinde yapılmasıdır. Sağlık alanında profesyonellerin yaptığı tanımlar resmi tanımlar olup sağlık profesyoneli olmadan sağlıkla alakalı ulaşılan algılar ise resmi olmayan tanımları ifade etmektedir (Somunoğlu, 1999: 52). Bazı insanlar sağlığı, hayatı idame edebilmek için yaşamsal faaliyetlerin devam ettirilebilmesi olarak tanımlarken kimisi de maddi karşılığı olmayan bir olgu olarak ifade etmektedir (Yamaç, 2016: 22). Geçmiş zamanlarda ve geleneksel anlayışta sağlık

kavramı sadece hastalığın ya da sakatlığın vuku bulmaması olarak ifade edilmiştir. Hastalık kavramını ön plana çıkaran bu anlayış ile birey ya da toplum sağlığı hastalığın olmayışı olarak değerlendirilirken, hastalık ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2018: 69). Bu yaklaşımlardan, klasik tıp anlayışının hastalık odaklı olduğu ve genel olarak vücudun işlevselliğini devam ettirmesinin sağlık kavramını açıklamak için yeterli görüldüğü anlaşılmaktadır. Ancak teknolojik ve bilimsel gelişmeler neticesinde insan anatomisinin daha detaylı tanınması, bakteriyoloji ve fizyoloji alanında gelişmeler yaşanması neticesinde insan sağlığının sadece vücut işlevselliğini yerine getirmekten ibaret olmadığı gerçeğini ortaya koymuştur. İnsanoğlunun fiziksel yapısının yanı sıra iç dünyasının da sağlığı üzerinde etkili olabileceği ve sosyal bir varlık olarak yaşamını devam ettirmesi göz önüne alınarak günümüzde geçerli olan sağlık kavramı tanımları yapılmıştır.

Tarihi olarak incelendiğinde sağlık kavramının yaklaşık olarak M.S. 1000 yılında ortaya çıktığı görülmektedir. “Sağlam” veya “bütün olma durumu” anlamını taşıdığı belirlenmiştir (Boruchovitch ve Mednick, 2002: 175).

Sıhhatli olma, diri kalma gibi anlamlar taşıyan sağlık sözcüğü, Asya Türkçesinden Anadolu Türkçesine geçmiş, sağ, iyi anlamlarını taşıyarak, Sümerce’de “Zag” ve Arapça’da “sahh” sözcükleri ile aynı kökten türemiştir (Yazıcı, 2021: 2).

Türk Dil Kurumu (TDK): “Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet.” olarak sağlığı tanımlamaktadır (sozluk.gov.tr). Dünyada en genel kabul gören sağlık kavramının tanımı ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır. 1948 yılında yayımlanan DSÖ Tüzüğü’nde sağlık: “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu.” şeklinde tanımlanmıştır (who.int). O dönemde yapılan bu tanımın genişliği çığır açıcı görülmektedir. Sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal alanları kapsaması, sağlığın hastalığın yokluğu olarak tanımlanmasını aşarak klasik tanımının üstesinden gelmiştir (Huber, 2011: 1). Sağlığı bütünsel bir görüşle ele alan DSÖ, fiziksel sağlığın ilgili yönlerden yalnızca biri olduğunu belirterek geleneksel tıbbi görüşü kapsayıcı ve daha geniş bir tanım ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda sosyal, psikolojik, fiziksel, ekonomik ve politik yönler

sağlık tanıma dahil edilmiş ve sağlık için çok önemli etkenler olarak kabul edilmiştir (Boruchovitch ve Mednick, 2002: 176).

Gerek TDK gerek DSÖ'nün yaptığı bu tanımlar, insanın yaşadığı üzüntü, sevinç, karamsarlık gibi duygu durumlarının da sağlığını etkilediği, sağlık kavramı tanımlanırken insanın psikolojisinden bağımsız olarak ele alınamayacağı göz ardı edilmemiştir. Ayrıca insan sağlığının bulunduğu çevrenin sosyoekonomik ve kültürel yapısından etkilendiği bunun da sağlık üzerinde etkili olduğu gerçeği de dikkate alınmıştır.

Sağlık hakkı ise ilk olarak 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nın giriş bölümünde ve daha sonra aynı yıl İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. maddesinde ilan edilmiştir. 1976'da Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi yürürlüğe girerek, 12. Maddesinde uluslararası hukuk kapsamında, sağlık hakkının ulaşılabilir en yüksek insani hak olduğu teyit edilmiştir (WHO, 2020: 1).

Ülkemizde, 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” denilerek sağlık hakkına devlet açısından pozitif yükümlülük doğuracak şekilde yer verilmiştir. 1982 Anayasası'nın 17. maddesinde bireylerin maddi ve manevi olarak kendilerini koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, rızası olmadan herhangi bir deneye tabi tutulamayacağı, işkence yapılamayacağı ve insan onurunu zedeleyici bir ceza yahut muameleye maruz bırakılamayacağını belirten, yaşam hakkını temel alan bir düzenleme yapılmıştır. Aynı şekilde 56.maddesinde ise:

Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

denilmektedir (mevzuat.gov.tr). İlgili maddelerde belirtildiği gibi vatandaşının hayatını bedensel ve ruhsal olarak korumak anayasal devletin yükümlülüğü altındadır. Devlet bu görevi kamu ve özel sektör eliyle yerine getirmektedir.

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık kavramında olduğu gibi, sağlık hizmetleri kavramının açıklanmasında da farklı tanımlar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık hizmetleri; belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanmak suretiyle toplumun gereksinim ve talepleri dikkate alınarak değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamaktadır (Bozkurt, 2020: 91). Fişek (1983: 4) sağlık hizmetlerini: “Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavi edilmesi için yapılan çalışmalar.” olarak tanımlamıştır. Ateş (2016:2) ise buna ek olarak “Hastalıkların teşhis tedavi ve rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetleri kapsar.” demektedir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un ikinci maddesinde sağlık hizmetleri: “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.” şeklinde tanımlanmıştır (mevzuat.gov.tr).

Sağlık hizmetleri, sağlık profesyonelleri tarafından, sağlık kurumlarınca bir düzen içinde sunulan, insanları hastalık yapıcı etkenlerden koruyan, hastaları tedavi eden ve gerekli sosyo-psikolojik desteği sağlayan hizmetler olarak anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra sunulan sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi noktasında sınıflandırması yapılarak hastalık etkenlerinin engellenmesi ile hastalara fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda destek sağlanması için daha etkin çalışmalar yapılabilmesi kolaylaşmaktadır.

Devlet ve özel kesim kanalıyla karma bir sistem şeklinde sunulan sağlık hizmetleri gelişmiş devletler tarafından verilmekte iken; devletin daha ağırlıklı olarak sağlık hizmetleri sunumunda yer alması ise gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Yazgan, 2009: 43). İnsanların en temel hakkı olan sağlık hizmetlerinin ücretsiz, ulaşılabilir olması ve hakkaniyet gözetilerek sunulması büyük önem arz etmektedir. Bu durum sağlıklı yaşamayı dolayısıyla sağlık hizmetlerinden faydalanmayı yasal güvence altına alınmasını zorunlu kılmıştır. Daha etkin sağlık hizmetinin sunumu ve toplum sağlığına gereken önemin verilmesi için sağlık hizmeti sunucuları ile diğer hizmet kollarının bir koordinasyon içerisinde olması hususuna Alma Ata Bildirgesi'nde dikkat çekilmiştir (Erdoğan, 2014: 25). Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "İnsan merkezli yaklaşımla birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümler sunmak." ibaresi ile sağlık hizmetlerinin misyonu belirtilmiştir (shgm.saglik.gov.tr).

Sosyo-ekonomik gelişmişliğinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilen sağlık hizmetleri; sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı ele alınması gereken çok yönlü ve kapsamlı bir süreçtir (İzci ve Saydan, 2013: 200). Sağlık hizmetleri ne denli kaliteli bir düzeyde sunulursa, insanların sağlık ve mutluluk düzeyleri de o oranda artacak olup bu durum da ülke ekonomisine olumlu katkı sağlayacaktır (Atlı ve Yücel, 2018: 48).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Sağlıklı yaşama hakkı olan bireylerin daha üretken ve verimli bir hayat sürdürmesini sağlamak sağlık hizmetleri sunumunun temel amacıdır. Sağlık hizmetleri sunumu neticesinde ortaya konulan çaba ile sağlıklı ve uzun bir ömür ile üretkenliğin devamlılığını sağlamak ve işgücü kayıplarını asgari seviyede tutarak, yüksek morale sahip ve sağlıklı bireylerden oluşan toplumsal yapıyı korumak sağlık hizmetlerinin amacıdır (Somunoğlu, 2012: 10). Sağlık hizmetlerini güçlü bir alt yapıyla kuran ülkeler daha etkin sağlık hizmeti sunarak, amaçlarına daha hızlı bir şekilde ulaşır.

Oluşabilecek sağlık risklerine karşı vatandaşlarına kamu sağlığı sunarak güvence altına almak devletlerin görevleri arasında yer almaktadır (Erol ve Özdemir, 2014: 9).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her ulusal sağlık sistemi; iyi sağlık, nüfusun beklentilerine cevap verme ve mali katkı adaleti olmak üzere üç genel amaca ulaşmaya yönlendirilmelidir. Onlara yönelik ilerleme, büyük ölçüde sistemlerin dört hayati işlevi ne kadar iyi yerine getirdiğine bağlıdır. Bunlar, hizmet sağlama, kaynak üretimi, finansman ve yönetimdir. Bu işlevlerin fiilen yerine getirilme şeklinin karşılaştırılması, zaman içinde ve ülkeler arasında performans değişikliklerini anlamak için bir temel sağlar. Her sağlık sisteminin eşit olarak karşılaması gereken asgari gereklilikler vardır. Akut ve kronik sağlık ihtiyaçları için kaliteli hizmetlere erişim; etkili sağlık tanıtımı ve hastalık önleme hizmetleri ve ortaya çıkan yeni tehditler karşısında uygun yanıtı verebilme yapısına sahip olmak amaçlanmalıdır (Donev, Kovacic ve Laaser, 2013: 4).

Sağlık hizmetleri tanımının aslında sağlık hizmetlerinin amaçlarını içerdiği söylenebilir. Bu bağlamda, insan sağlığını tehdit eden hastalık yapıcı etmenlerle mücadele etmek, toplumun tüm kesiminin sağlıklı kalmasını koruyucu sağlık hizmetlerini sunarak sağlamak, hastalıkların oluşması durumunda teşhis ve tedavi edici uygulamalar ile çözüm geliştirmek ve herhangi bir hastalık nedeniyle engeli olan bireylerin başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını idame etmesini sağlamak sağlık hizmetlerinin amaçları arasında sıralanabilir.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Her sektörün kendisine has özellikleri mevcut olup, sağlık hizmetleri için de bu durum söz konusudur. Sağlık sektörü hizmet ürettiğinden, diğer sektörlerden farklı birtakım özellikler taşıması olağandır (Keskin, 2015: 19). Sağlık hizmetleri her hastanın tıbbi ihtiyaçları gözetilerek verildiğinden, birbirinden farklı talepleri ve ihtiyaçları olan hastalara verilen hizmet de değişiklik arz etmektedir (Sarsenova, 2010:11). Sağlık hizmeti kişisel olması nedeniyle hizmet sağlayıcılarının karar verme aşamasında, hastaların beklentilerini karşılayabilme becerisi dikkate alınmalıdır (Astuti ve Nagase, 2014: 40).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2018:73):

1. *Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısaldır.*
2. *Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.*
3. *Sağlık hizmeti ertelenemez.*
4. *Sağlık hizmeti boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.*
5. *Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.*
6. *Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.*
7. *Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.*
8. *Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.*
9. *Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hasta tolere edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur, vb.).*

Yukarıda sayılan maddelere istinaden; sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın ne zaman, nerde ve nasıl ortaya çıkacağını belli olmaması sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden farklı kılan önemli bir özelliktir. Bu durum sağlık hizmetlerine olan talebin tesadüfi (rastlantısal) olmasının bir sonucudur.

Alım gücümüzü aşan bir ürünü alamadığımız zaman onun yerine benzer başka bir ürünü tercih ederek ihtiyacımızı karşılamaya çalışırız. Ancak aynı durum sağlık hizmetleri için söz konusu değildir. Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı karşılamak için başka bir mal ve hizmetin kullanılamaması, bu hizmetin ikamesinin olmamasından kaynaklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın ertelenmesi veya yerine başka bir mal ve hizmetin konulması söz konusu değildir. Özellikle acil durumlar söz konusu olduğunda bir an önce talebin karşılanması gerekmektedir. Bunun yanı sıra kişiyi ağrı içinde bırakan yahut hayati tehlike oluşturabilecek başka bir durum söz konusu olduğunda bu talep ertelenemez. İhtiyaç duyulan sağlık talebinin ertelenmesi kişide başka sağlık ihtiyaçlarının hasıl olmasına sebebiyet vereceği gibi ölümle sonuçlanan durumlar da ortaya çıkabilecektir. Sağlık hizmetlerinin ertelenemez olması, sağlık

hizmetlerinin sürekli bir şekilde sunulmasını sağlamıştır. Hastanelerin yirmi dört saat çalışması sağlık hizmetlerinin ertelenemez özelliğinden kaynaklanmaktadır.

İhtiyaç duyduğumuz birçok şeyi tercihlerimiz doğrultusunda temin edebilmekteyiz. Ancak aynı şeyi sağlık hizmetleri için söylememiz her zaman mümkün değildir. İleri derecede uzmanlık gerektiren bir alan olan sağlık sektöründe, ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti sağlık profesyonelleri tarafından belirlenmektedir. Bunun nedeni ise, tüketicinin kendisinin ihtiyacı olan sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip olamamasıdır. Sağlık kurumuna başvuran birey, kendisi için hangi uzmanlık alanının gerekli olduğunu, hangi tedavi yöntemlerinin uygulanacağını bilmediğinden hasta ve doktor arasında bilgi asimetrisi söz konusu olmaktadır. Bu durum sağlık hizmeti talebi olan bireyleri hizmet sunucusuna bağımlı hale getirmektedir. Bilgi asimetrisinin olması nedeniyle sunulan sağlık hizmetinin mali değerini hizmet sunucusu belirlemekte bu durum da hizmetle alakalı değerlendirme yapılamamasına neden olmaktadır (Ateş, 2016: 3).

İhtiyacımız olan birçok şeyi, maddi değeri ve sağladığı fayda doğrultusunda rasyonel davranışla tercih ederiz. Bir şeyin maddi değeri belirlenirken sağladığı faydanın ihtiyaçları ne derece karşılayacağı dikkate alınır. Bu durumu göz önünde bulundurarak tercihlerimizi yaparız. Ancak aynı durum sağlık hizmetleri için geçerli olmayabilir. Bu durumda sağlık sunucusunun, varsa, verdiği seçenekler doğrultusunda hareket edilir. Ancak sağlık hizmetine gereksinimi konusunda bir fikri olmayan bireyler olduğu gibi hasta olmasına karşın kendisini kötü hissetmediği sürece tedavi olmak istemeyen birçok kişi de bulunmaktadır. Bu durum bireylerin irrasyonel davranışlarda bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Bunun yanı sıra sağlık talebinin hemen karşılanması gereken durumda olup acile bilinci kapalı şekilde getirilen veya bunu belirtmeyecek derecede olan bireyler ile akıl sağlığı yerinde olmayan bireylerin de rasyonel tercihler yapmaları mümkün olmamaktadır. Diğer ürün ve hizmetlerden farklı olarak, sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerinde rasyonel davranışlar olmayan tüketicinin, bu davranışlarında dış faktörlerin etkisi söz konusudur (Keskin, 2015: 22).

Sağlık hizmetlerinin soyut olması nedeniyle, hizmet çıktısı olarak somut bir sonuç ortaya çıkmamaktadır. Böyle bir durumun olması sağlık hizmetlerinin kalite çalışmaları ve maliyet hesaplarının yapılması konusunda zorluk oluşturmaktadır (Ateş, 2016: 3).

Sağlık hizmetinden sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur. Sağlık hizmeti alan bireyler sunulacak hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığından sağlık personeline güven duymalı, sağlık sunucusu ise etik kurallara uymalıdır. Ayrıca toplumun kültür ve eğitim düzeyinin yükselmesi, sigorta kuruluşları ile sosyal güvenlik kurumunun denetime tabi tutulmaları, rekabet ortamının artması ve mesleki ve sivil toplum kuruluşlarının çağın gereklerine ayak uydurmaları vb. unsurlar hem ahlaki ve sosyal standartların gelişmesini hem de sağlık hizmeti tüketicilerinin doyumunun olumlu yönde gelişmesini etkilemektedir. (Tengilimoğlu vd., 2018: 77).

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

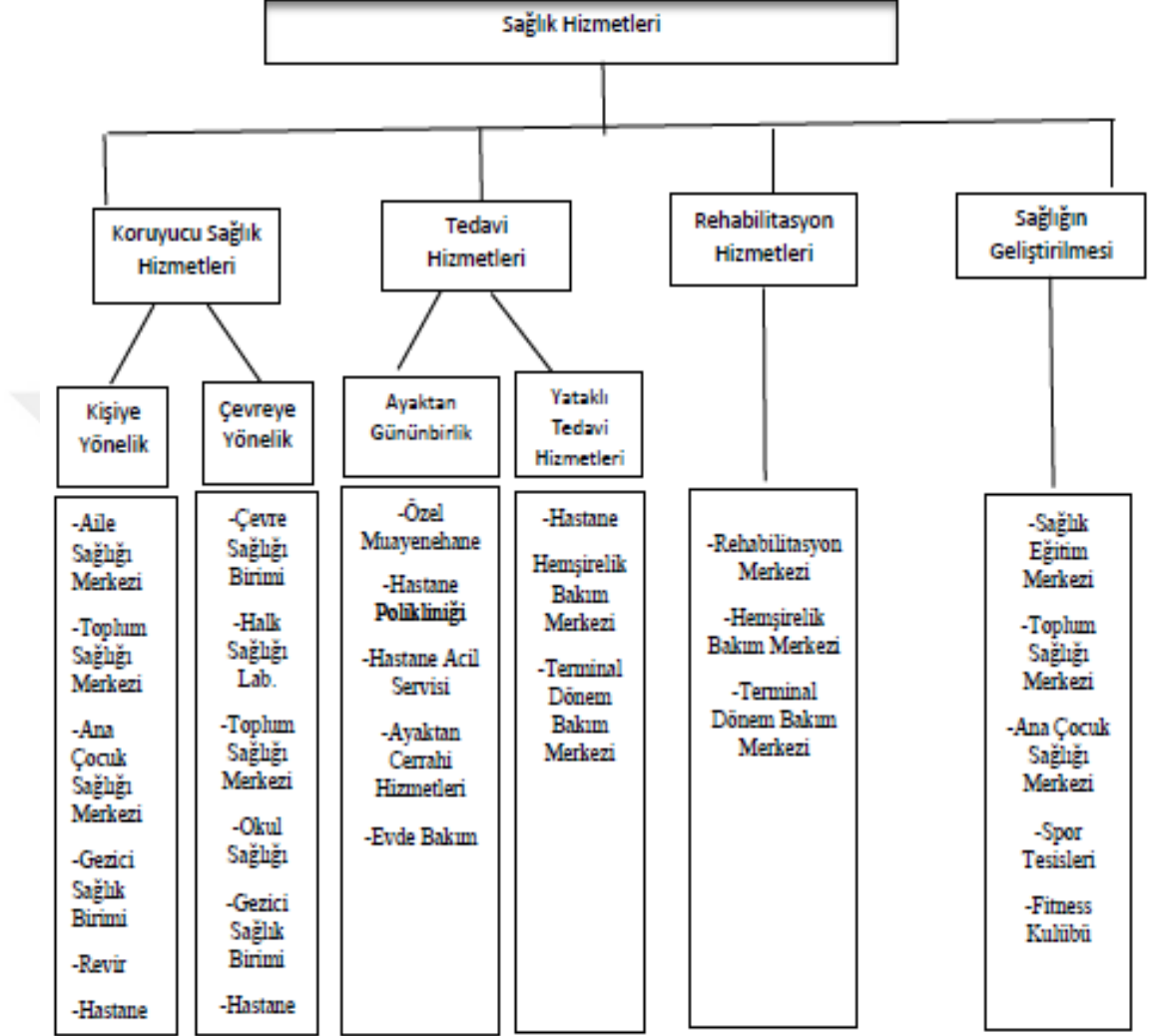
Geleneksel anlamda sağlık hizmetleri sadece hastalıkların tedavi edilmesi olarak ele alınmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerine yaklaşım genel olarak tedavi hizmetlerinin verilmesine yönelik olmuştur. Fakat zamanla hastalık yapıcı etkenlerin yanında sağlığı bozucu etkenlerin de öğrenilmesi ile çevre sağlığı, kişisel hijyen ve mikroplarla mücadele konuları önem kazanmıştır (Tengilimoğlu vd., 2018: 78).

Birey sağlığının toplum sağlığından bağımsız olmadığına anlaşılmaya ile tedavi edici sağlık hizmetlerine verilen önem, koruyucu sağlık hizmetlerine de verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin korumaya, tedavi etmeye yahut rehabilite etmeye yönelik hizmetler sunması birbirini tamamlayan, etkili sağlık hizmeti sunmayı sağlayan, ulaşılabilir ve maliyet kontrolü amaçlayan bir sınıflandırma yapılmasını gerektirmiştir. Bu amaçla Ülkemiz sağlık sistemi 4 gruba ayrılarak hizmet vermektedir.

Sağlık hizmetlerinin toplandığı gruplar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir (Tengilimoğlu vd., 2018: 79).

Tablo 1.1’de sağlık hizmetlerinin ayrıldığı kollar ve hangi hizmet sunucusunun hangi grup altında olduğu belirtilmiştir.

Tablo 1.1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.



Kaynak: (Taştan, 2017:14).

1.5.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergenin 4 (c) maddesine göre koruyucu sağlık hizmetleri; kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Kişiyeye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesi, gıda güvenliğinin sağlanması,

sağlık eğitimi ve olumsuz çevre şartlarından kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesi için yapılan çalışmalar koruyucu hizmetlerdir (saglik.gov.tr).

Birey ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyecek riskleri asgari düzeye düşürmek, mevcut sağlığı koruyup geliştirmek amacıyla kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tüm önlemler koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Akkavak, 2018: 15). Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı hastalığın oluşmasını engelleyerek, oluşması muhtemel her türlü olumsuz duruma karşı önlem almaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerini tüketenin elde edeceği fayda, sadece tüketene değil, tüm topluma sağlanır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinden oluşacak fayda diğer hizmetlerden daha fazladır (Erdoğan, 2014: 34).

Ülke sağlık sistemleri göz önüne alındığında, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi hususuna önem verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha etkili ve ekonomik olması, bu hizmetin kullanılmasının nedenidir (Somunoğlu, 2012: 11).

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin sağlığını korumak amacıyla sunulan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreyi daha yaşanılır hale getirmek amacıyla sunulan çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır (sekadh.saglik.gov.tr).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti, kişilerin hastalık yapıcı unsurlardan korunması, dolayısıyla toplumun da bu unsurlara karşı güçlü kalmasını sağlamak, bunun yanı sıra oluşabilecek bir hastalığı erken tanı ile oluşması muhtemel en az yıkımla tedavi etmeye yönelik sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu vd., 2018: 81). Kişiye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerinden bazıları, erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, aile planlaması sayılabilir (Akdur, 2006: 13).

Ebe, hemşire, sağlık memuru gibi yardımcı sağlık personeli tarafından sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinde erken tanı ve uygun tedavinin yapılması birçok hastalığın oluşmasını önlemenin en etkin yoludur. Bu durumda birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve güçlü olmasının ne denli önemli olduğunun fark edilmesi

gerekmektedir. Erken tanı ile uygulanacak tedavi sonrası oluşabilecek daha büyük hasarların önüne geçildiğinden ülke ekonomisi de olumlu yönde etkilenmektedir. Bulaşıcı hastalıklarından doğabilecek salgınları önlemenin en etkili yolu aşılama yoluyla bağışıklama kazanmaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde çok önemli bir yeri olan aşılamının önemini anlayan ülkeler mümkün olduğu kadar bu hizmeti bütün vatandaşlarına ulaştırmayı amaçlamaktadır. Hastalıklardan korunmak için bazen ilaç tedavisi gerekli olmaktadır. İlaç tedavisi ile hastalığın olumsuz etkisi tamamen yok edilebileceği gibi hastalık kontrol altına da alınabilmektedir. Yetersiz beslenmenin yol açtığı hastalıkları önlemek amacıyla yeterli beslenme kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri arasında sayılmaktadır. Geri kalmış ülkelerde daha çok etkili olan bu durum vitaminsizlik, kansızlık gibi hastalıklara yol açmaktadır. Sağlık eğitimi ile insanlar kendi çabalarıyla daha sağlıklı bir hayat sürme konusunda bilinçlendirilmektedir. Günümüzde kamu spotları, birinci basamak sağlık kurumları, medya gibi kanallardan sağlıkla ilgili konularda insanlara bilgi ulaşabilmektedir. Aile planlaması sadece aileyi değil ülkeyi de olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Bir kamu politikası olarak yürütülen bu hizmet ile gelişen dünyada mutlu bir aile kurmanın yanı sıra ülkelerin ekonomik kalkınması için doğru olan stratejilerin belirlenmesini de sağlanmaktadır.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ise, insanın çevresinde sağlığını olumsuz yönde etkileyecek biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek ya da bu etkenlerin kişileri etkilemesini önlemek yoluyla çevreyi olumlu hale getirmek için sarf edilen tüm çabaları kapsamaktadır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen gibi konusunda yetişmiş eğitimli kişilerce yerine getirilir (Tengilimoğlu vd., 2018: 79). Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sadece sağlık alanında eğitimli kişilerce değil, farklı alanlardan kişilerin veya kurumların bir araya gelerek beraber yürüttüğü bir hizmettir. Sağlık sektörü profesyonellerinin bu hizmet kolundaki görevi danışmanlık, denetim ve eğitimden oluşmaktadır (Akdur, 2006: 13). Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri arasında; besin kontrolü ve güvenliği, su kaynaklarının hijyeni ve temini, hava kirliliği ile mücadele, katı atık denetimi, iş sağlığı ve güvenliği gibi konular yer almaktadır (Arisoy, 2017: 25).

1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalansalar bile bunun yeterli olmadığı durumlarda insanlarda hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Sonradan oluşabilecek kronik bir hastalık, geçirilen bir kaza veya maruz kalınan bir hastalığın yol açabileceği başka hastalıkların önlenmesinde koruyucu sağlık hizmetleri yetersiz kaldığında tedavi edici sağlık hizmetleri devreye girmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran özellik hastalık ortaya çıktıktan sonra hizmet verilmesidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden daha pahalı olan ve organizasyon gerektiren tedavi edici sağlık hizmetlerinin yetişmiş personel ve fiziki imkanlarının yanı sıra yönetim ve finansman gibi önemli boyutları mevcuttur (Altay, 2007: 35). Aynı zamanda toplumsal faydadan çok kişisel faydayı ön plana çıkarmaktadır (Keskin, 2015: 33). İnsanları eski sağlıklarına kavuşturmak amacıyla verilen tedavi edici sağlık hizmetleri, hekim sorumluluğunda diğer sağlık mensuplarının beraber çalışmasıyla verilen bir hizmettir (Taştan, 2017: 15). Ayaktan, yatarak ve evde sağlık bakım hizmetlerini içermektedir (Bozkurt, 2020: 93). Bu kademelendirmenin temel amacı verimliliği sağlamak ve gereksiz kaynak israfının önüne geçmektir (Selvi, 2011: 8). Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamak halinde incelenmektedir.

Bunlardan ilki, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”dir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini: “Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur.” şeklinde tanımlamıştır (hsgm.saglik.gov.tr).

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de bu hizmet aile hekimlikleri tarafından yürütülmektedir (Filiz, 2017: 9). Aile hekimliği uygulamasına ilk kez pilot uygulama olarak 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmış ve 2010 yılı itibarıyla tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır (Çakır, 2017: 9).

Birinci basamak sağlık sisteminin önemli bir özelliği, diğer basamak sağlık hizmetlerinin temel ögesi durumunda olmasıdır. Bu özelliğinden dolayı Alma Ata Bildirgesi'nde sağlık sistemlerinin, birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine inşasına dikkat çekilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri uzman merkezli hizmetin aksine, daha hızlı, kesintisiz hizmet sağlaması, sağlık sorunlarının daha erken teşhis ve tedavi edilmesini sağlamaktadır (Ateş, 2013: 5).

Erken teşhis ve tedavi ile verilecek sağlık hizmetleri neticesinde sonraki basamaklarda gereksiz hasta yığınlarının önüne geçileceği gibi gereksiz tedavi ve masrafların da oluşmasını önleyici etkisi bulunmaktadır.

Günümüzde Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) (Verem Savaş Dispanseri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim ve Merkezleri [KETEM]), İşyeri Hekimliği ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık hizmeti vermektedir. (Çakır, 2017: 9). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri tablo 1.2.'de olduğu gibi belirtilebilir.

Tablo 1.2: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.

Birinci Basamak Özelliği	Yapısal Bileşeni	İşleyiş Bileşeni
İlk başvuru yeri	Ulaşılabilirlik	Hizmetin kullanımı
Süreklilik (kişisel odaklı)	Uygun nüfus varlığı	Düzenli hizmet alınan kaynak
Kapsayıcılık	Geniş hizmet yelpazesi	Gereksinimin farkındalığı
Eşgüdüm	Süreklilik (sorun odaklı)	Soruna/çözümüne dayalı bilgi aktarımı

Kaynak: (Çakır, 2017:11).

Tablo 1.3, 1.4 ve 1.5'de birinci basamak sağlık kuruluşlarının temeli durumundaki aile hekimliği birimi ile doğru tedaviye erken başlamanın en önemli

unsuru 112 acil hakkındaki birtakım bilgiler Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu istatistiki çalışmalar kapsamında temin edilmiştir.

Tablo 1. 3: Birinci Basamak Sağlık Birim / Kurumları, 2019.

Birim Türü		Sayı
Toplum Sağlığı Merkezi		353
İlçe Sağlık Müdürlüğü		425
Halk Sağlığı Laboratuvarı		83
Entegre İlçe Devlet Hastanesi		200
İlçe Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi ve İlçe Devlet Hastanesi Bünyesindeki Birimler	Bağlı Birimler	Sağlık Evi
		5.078
		Verem Savaş Birimi
		174
		ÇEKÜS Birimi
		167
		KETEM Birimi
		178
		Hemoglobinopati Tanı Birimi
		29
		Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi
		7
		Sıtma Savaş Birimi
		33
		Sağlıklı Hayat Merkezi
		202
		Göçmen Sağlığı Merkezi
		180
		Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi
		34
		Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi
		7
		Göçmen Sağlığı Birimi
		780
		Diğer
		3

Kaynak:Sağlık Bakanlığı 2019 Yılı Faaliyet Raporu.

Tablo 1. 4: Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Sayıları, Sağlık Bakanlığı.

	2002 Yılı	2014 Yılı	2015 Yılı	2016 Yılı	2017 Yılı	2018Yılı
Sağlık Ocağı	5055	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	21384	21696	24428	25198	26252
Aile Sağlığı Merkezi	-	6829	6902	7636	7774	7979
Toplum Sağlığı Merkezi*	-	970	970	970	972	776
Sağlık Evi	2899	5572	5544	5419	5320	5259
ÇEKÜS Birimi**	298	182	182	181	177	172
Verem Savaş Dispanseri	277	179	181	180	177	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	132	156	159	166	175
112 Acil Yardım İstasyonu	481	2186	2323	2400	2618	2735
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	83	83	83	83	83

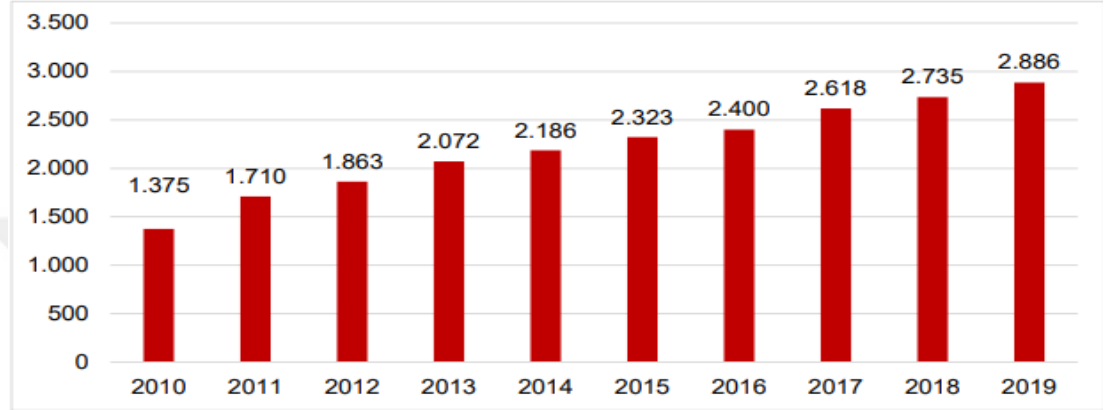
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

*Toplum Sağlığı Merkezi sayısına, nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilçelerde aynı hizmeti veren 423 İlçe Sağlık Müdürlüğü de dahil edildi.

**25/05/2018 tarihinde yayımlanan “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinin ismi Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi olarak değiştirildi.

Tablo 1.4 incelendiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması ile beraber sağlık hizmeti sunucularının sayısında artış olduğu görülmektedir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önemi ortaya koymaktadır. Sağlık ocağı sistemi kaldırılarak Aile Hekimliği Birimleri ve Aile Sağlığı Merkezleri kurulmuş ve sayıları düzenli olarak arttırılmıştır.

Tablo 1. 5: 112 Acil Sağlık İstasyonu Sayıları, 2010-2019.



Kaynak:Sağlık Bakanlığı 2019 Yılı Faaliyet Raporu.

Tablo 1.5'te 2010-2019 yılları arasında hizmet veren ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli yer alan acil sağlık istasyonlarının sayısı verilmiştir. Yıllar bazında sayıları arttırılan istasyonlar ile daha ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin sağlanması amaçlanmıştır.

Basamaklandırmada yer alan bir diğer hizmet ise 'İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri'dir. Hastalıkların teşhisi ve hastaların yatırılarak tedavisi için ileri derecede teknolojiye ve tıbbi bilgiye gereksinim duymadan hasta tedavilerinin sağlandığı hizmetleri kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2018: 83). Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması hakkındaki 2019/10 sayılı genelgesi ile ikinci basamak sağlık kurumları arasında; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastanesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri, Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ve dal merkezleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri,

diyaliz, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri yer almaktadır (shgm.saglik.gov.tr). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastayı tedavi edemediği durumlarda ya da acil durumların oluşması halinde, ileri derece teknoloji ihtiyacı duyulmayan hastalıkların teşhis ve tedavisinde ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların etkin olduğu söylenebilir.

“Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri” ise tedavi edici sağlık hizmetlerinin son basamağını oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2019/10 sayılı genelgesinde, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıkların gelişmiş teknoloji kullanılarak tedavi edildiği aynı zamanda eğitim ve araştırma hizmetlerinin de verilebileceği teknik altyapıya sahip sağlık kurumlarını ifade etmek için kullanılmaktadır.

Sanatoryumlar, onkoloji hastaneleri, kalp hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan kurumlara örnek olarak verilebilir (Ateş, 2016: 12). Farklı branşlarda uzmanlık bilgisi olan sağlık personellerinin hizmet verdiği kurumlardır.

İleri teknolojik gelişmeler yardımıyla tetkik ve tedavilerin yapıldığı üçüncü basamak sağlık hizmetleri günü birlik tedavi hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır (Yüksel, 2015: 17).

Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları belli bir yaş grubuna, bir hastalığa, cinsiyete göre hizmet verebilme donanımına sahiptirler. Sağlıklı bir sevk zincirinin yapılması ile ihtiyacı olan hastaların üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirilmeleri hasta yığınlarını engelleyeceği gibi sağlık personelinin de daha etkin çalışmasını sağlayacaktır.

Bu hizmet basamakları karşılaştırıldığında; uzmanlaşma ve teknolojinin yoğun kullanımı daha fazla yer aldıkça gerek maliyet gerekse de hizmet kapsamı artmakta, hizmetlere ulaşılabilirlik ise daralmaktadır (Tok, 2021: 11).

1.5.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için bireylerin gerek bedensel gerek ruhsal açıdan tam bir iyilik hali içerisinde olmasını sağlamak gerekmektedir. Bu nedenle birtakım sağlık problemleri sonrasında bireylerin organlarının işlevini yitirmeleri yahut bu organların görevlerini yerine getirmeleri konusunda engellilik oluşması söz konusu olabilmektedir.

Geçirdikleri hastalıktan veya sakatlıktan ötürü ruhsal veya bedensel anlamda desteğe ihtiyaç duyan bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmeleri için verilen hizmetler rehabilitasyon hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere sınıflanmaktadır (Atlı ve Yücel, 2018: 52).

Tıbbi rehabilitasyon, bir hastalık veya bir kaza sonucunda bedensel bozukluğu yahut eksikliği bulunan bireylerin tedavisini sağlamak veya bedensel eksikliğini asgari düzeye düşürmek amacıyla çeşitli protezler ve cihazlar kullanmak suretiyle hekim ve diğer sağlık personelinin desteği ile verilen hizmet olarak açıklanabilir. Mesleki rehabilitasyon olarak da bilinen sosyal rehabilitasyon ise işgücü kaybı herhangi bir özründen dolayı kaynaklanan bireyleri hayata tekrar tutundurmak amacıyla iş gücü sağlama veya özrüne göre işe alıştırma sürecidir. Sosyal çalışmacıların desteği ile dezavantajlı bireyleri topluma kazandırmak amaçlanır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri ile tedavi ihtiyacı olan bireyleri mümkün olduğunca kendi ayakları üzerinde durmayı sağlayan, günlük yaşamını kendi çabalarıyla yürütmesine olanak veren sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile bireylerin sağlığını daha ileri noktaya taşımak amacıyla hizmet verilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi konusunda bireylerin sorumlu olması temel husustur. Bedensel ve zihinsel durumlar ile yaşam kalitesinin yükseltilmesi bu hizmetin amacıdır (Tengilimoğlu vd., 2018: 84).

Ülkemiz sağlık sistemi içerisinde sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine önem verilmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlığın Geliştirilmesi Genel

Müdürlüğü kurularak konu ile ilgili iş ve işlemleri yürütülmesinde görevli kılınmıştır. Toplum ve birey sağlığı konusunda bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırıcı ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılmalarını teşvik edici faaliyetler başta olmak üzere hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılması amacıyla çalışmalar yürütmektedir (Sağlık Bakanlığı [SB], 2018b: 27). Anılan Genel Müdürlüğün 30/03/2018 tarih ve 1352 sayılı Çalışma Yönergesi'nde geçen 'sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi için stratejilerin belirlenmesinde katkıda bulunmak, evlilik ve gebelik öncesi, gebelikte, doğumda sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bilgilendirme çalışmaları yapmak, çocuk ve ergen sağlığının korunması ve geliştirilmesi için farkındalığı ve bilgi düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalar yapmak, toplumun ve bireylerin obezite, doğru beden ağırlığı algısı, yeterli ve dengeli beslenme ile fiziksel aktiviteye yönelik farkındalık oluşturma, bağımlılıkla mücadele konusunda toplumu ve bireylerin bilgi düzeyini arttırmak gibi konular sağlığın geliştirilmesi ve teşviki amacıyla sağlık politikaları arasında yer almaktadır (dosyamerkez.saglik.gov.tr).

1.6. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Osmanlı ve Selçuklu Devletleri'nde sağlık hizmetleri temelde vakıflar üzerinden verilmekte idi. Bu hizmetler genel olarak saray ve askerlere yönelik olduğundan tüm toplumun bu hizmetlere ulaşabilmesi mümkün değildi. Koşulların özel hekimlik sistemini geliştirdiği bu dönemde maddi durumu iyi olan kişiler, 19.yy'nin sonlarına kadar, tedavi ücretlerini ödeyerek evlerinde özel hekimler tarafından tedavi edilmektedir (Çavmak ve Çavmak: 2017: 48).

Osmanlı Devleti'nde, 3.Selim döneminde sağlık alanında köklü değişiklikler yapılmış olup, bundan önce yürütülen sağlık politikaları Selçuklu Devleti'nin taklidi niteliğindedir. Yoksulların sağlık hizmetlerinden faydalanması saray ileri gelenleri ile zenginler tarafından yapılan bağışlar ve serbest çalışan hekimlerin maliyetlerini kendileri karşılaması ile mümkün olmaktaydı. Ancak Cumhuriyetin ilanından sonra, 1920 yılında ayrı bir bakanlık kurularak sağlık hizmetleri yurdun her kesimini

kapsayacak şekilde aşamalı olarak yaygınlaştırılmış ve sağlık hizmetleri sunulması sağlanmıştır (Aslan ve Erdem, 2017: 12).

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve halka ulaştırılması amacıyla hükümetler tarafından sağlık politikalarına önem verilmiştir. 1923-1937 yılları arasında Refik Saydam dönemi, sonrasında Behçet Uz dönemi sağlık reformlarının ve çalışmalarının etkili olduğu, tıp tarihimiz açısından önemli olan dönemlerdir. Sağlık alanında atılan en önemli adımlardan bir tanesi de sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çalışmalarının 1960'lı yıllarda Nusret Fişek öncülüğüne yapılmasıdır (SB, 2003: 7).

Aşama aşama yapılan çalışmalar ve ihtiyaçlar doğrultusunda, modern dünyaya ayak uydurmak, sağlık hizmetlerindeki eksiklikleri gidermek ve sağlığı geliştirmek, halka daha etkin, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlanmıştır. Tüm bu gelişmeler doğrultusunda, Ülkemiz sağlık sistemi örgütlenmesi Cumhuriyetin kurulmasından günümüze kadar dönemler halinde ele alınacaktır.

1.6.1. 1920 – 1938 Dönemi

23 Nisan 1920 tarihinde birinci Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben çıkarılan 3 Mayıs 1920 tarihli kanun ile Sağlık Bakanlığı (Sıhhiye ve Muavenet- İctimaiye Vekaleti) kurulmuş, ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar göreve başlamıştır. Savaşların yol açtığı zararların üstesinden gelmek, savaş yaralarını sarmak ve yeni kurulan devlet yapısında mevzuat geliştirme çalışmalarına odaklanıldığı için sağlık hizmetleri ile ilgili düzenli bir kayıt tutma fırsatı olamamıştır (SB, 2012: 20). İlk Sağlık Bakanı olarak göreve başlayan Dr. Adnan Adıvar döneminde yerleşmiş bir örgüt altyapısı, köklü ve geçerli yasal düzenlemeler bulunmadığı için tüm çalışmaların yeniden yapılması gerektiğinden, ülkemiz sağlık sisteminin altyapısının başlangıcı olarak bu dönem kabul edilebilir (Tengilimoğlu vd., 2018: 129). Dr. Adnan Adıvar'dan sonra Bakanlık görevi Refik Saydam, Rıza Nur, Mazhar Germen ve Ahmet Hulusi Alataş tarafından yürütülmüştür (Çetinkaya, 2013: 23). Sağlık Bakanlığı görevinin büyük bir bölümünü bu dönemde yürüten Refik Saydam sağlık politikalarının oluşturulmasına öncülük ettiğinden dolayı bu dönem onun

adıylı anılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleriyle beraber koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ağırlık verilmiş, bu görevin kamu hizmeti olarak benimsenmesi neticesinde, merkezi hkmete genel bütçeden kaynak aktarılaraq hizmetlerin etkin yürütülmesi amaçlanmıştır (Yurdakul, 2019: 5). Cumhuriyet ilan edildikten sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam'ın 1937 yılına kadar süren döneminde sağlık hizmeti, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6 bin 437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmiştir (SB, 2019b: 24). Anılan döneme ait bir takım istatistiki bilgiler tablo 1.6, 1.7 ve 1.8'de belirtilmiştir.

Tablo 1. 6: 1923 yılı sağlık kurumları ve yatak sayısı.

Hastaneler	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık	32	2402
Toplam	86	6437

Kaynak: Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923- 1983 ve 1982 Yılı alışmaları (1983:29).

Tablo 1. 7:Türkiye'nin 1923 yılı Sağlık Personeli Durumu.

Sağlık Personeli	Sayı	Sağlık Personeline Düşen Nüfus
Hekim	554	21.660
Hemşire	4	3.000.000
Sağlık Memuru	560	21.428
Ebe	136	88.235
Eczacı	69	173.913

Kaynak: Erdoğan (2014:82).

Tablo 1.6 ve 1.7 incelendiğinde gerek sağlık tesislerinin gerekse de sağlık personelinin oldukça yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. Henüz kurulan Cumhuriyet'in çok kısıtlı imkanlarla yapılması sağlık personeli başına düşen nüfusun fazla olmasına neden olmuştur.

Bu dönemde;

- 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu (1920),
- 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927),
- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
- 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbî Müstahzarlar Kanunu (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930),
- 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937) gibi hâlen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır (SB, 2019b: 24).

Sağlık Bakanı Refik Saydam döneminde sağlık politikaları şu dört ilke ile belirlendi:

1. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezî yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,
3. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,
4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında (SB, 2012: 21);

– Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet / dikey örgütlenme” modeli ile yürütüldü,

– Yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı geliştirildi, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edildi, her ilçede hükümet tabipliği kuruldu,

– Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açıldı, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklandı,

– İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa Numune hastanesi açılmıştır.

1.6.2. 1938 – 1960 Dönemi

İşçi Sigortaları Kurumu’nun 1945 yılında kurulması bu dönemde atılan önemli adımlar arasında yer almaktadır. 1952 yılından itibaren sigortalı işçilere yönelik sağlık kurumları açma çalışmaları işçi sigortaları kurumu tarafından yapılmıştır (Tekin, 2007: 105).

1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresinde, Birinci On Yıllık Sağlık Planı kabul edilerek, sağlık hizmetlerini tüm yurda yaymak ve entegre etmek amaçlanmıştır. Bu planla sağlık hizmetleri tamamen merkezi hükümetin görevi olmuştur (Akdur, 1999: 13).

Uygulama safhasına geçemeyen Birinci On Yıllık Sağlık Planı daha sonra uygulanacak birçok sağlık politikasının temeli niteliğinde olmuştur. Ülkemiz sağlık planlamaları ve organizasyonlarının temel taşlarından bir diğeri ise 1954 yılında ikinci bakanlık görevini yapan Behçet Uz tarafından açıklanan Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler programıdır (Demirel, 2008: 13).

Behçet Uz tarafından hazırlandığı için “Behçet Uz Planı” olarak da bilinen bu plana göre (Akdur: 1999:13):

Ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve

bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü.

Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu'nun çıkartılması, emekli sandığının kurulması neticesinde sosyal kapsamının genişletilmesi, kamuya ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı emrine geçmesi, bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması, sağlık ocaklarının köylerden başlayarak yaygınlaşması da bu dönemde yapılan çalışmalar arasında bulunmaktadır (Topcu, 2018: 6).

Bu dönemde çıkarılan kanunlar ise (Akdağ, 2008: 18);

- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği hakkında kanun,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler hakkında kanun,
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu,
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunudur.

1.6.3. 1961 – 1980 Dönemi

Sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında bir devrim niteliğinde olan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ülkemiz Milli Birlik Komitesi tarafından idare edildiği dönemde kabul edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin devletin görevi olarak kabul edildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkenin her tarafına götürülmesini öngören, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütüldüğü, kamu hekimlerinin tam süre çalışmasını ve sağlık hizmetleri yönetiminin tek elden yürütülmesini amaçlayan bir kanundur (Fişek, 1983: 163).

1961 Anayasası ile sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik devlet görevi olmuştur. 61 Anayasasının 48. ve 49. Maddeler ile insani bir hak olan sağlık hakkı güvence altına alınmıştır (Akkavak, 2018: 33).

1963-1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile halk sağlığı hizmetlerine önem verilmiş ve sağlıkta verimin arttırılması amaçlanmıştır. Koruyucu

sağlık hizmetlerinin daha önce anlaşılan önemi göz ardı edilmeden tamamlayıcı yöntem olarak tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmiştir (Yüksel, 2015: 22).

1961 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek öncülüğünde 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmış, 1963 yılında sağlıkta sosyalizasyon, ilk olarak Muş ilinde fiilen başlamıştır. Tüm ülkeye sosyalizasyonun yayılması 1983 yılını bulmuştur (saglik.gov.tr)

224 sayılı kanunun çıkarılması ile (Filiz, 2017: 18);

Sağlık hizmetlerini herkesin ulaşabileceği şekilde sunmak, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konularına ağırlık vermek, sağlık hizmetlerini, sağlık tesislerine gelme imkânı bulunmayan vatandaşlara ulaştırabilecek çalışmalar yapmak, etkili sevk zinciri oluşturmak, sağlığın geliştirilmesi hususunda katılım sağlamak, sağlık hizmetlerinin ekip işi olduğunu benimsemek gibi durumlar hedeflenmiştir.

Bu dönemde yapılan diğer çalışmalar arasında (saglik.gov.tr):

– 1965 yılında, nüfus artış hızını sınırlayıcı politikaya geçmek amacıyla 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunu çıkarılmıştır.

– Geniş bölgede tek yönlü hizmet yerine dar bölgede çok yönlü hizmet verilmiştir.

– 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir taslak hazırlanmış ancak Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir.

–1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972) kapsamında Genel Sağlık Sigortasının yeniden kurulması konusu gündeme gelmiştir.

–1971 yılında TBMM'ye gönderilen Genel Sağlık Sigortası taslağı kanunlaşamamıştır.

– 1974 yılında yeniden Meclise gönderilen taslak görüşülememiştir.

–1978 yılında kamu bünyesinde çalışan tabiplerin muayenehane açmasını yasaklayan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmıştır. Ancak 1980 yılında çıkarılan Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile 1978 tarihli kanun yürürlükten kaldırılarak tabiplere yeniden muayenehane açma hakkı verilmiştir.

1.6.4. 1980 – 2002 Dönemi

Liberal görüşlerin siyasi otoritelerde egemen olmaya başladığı 1950’li yıllardan sonra, sağlık sektöründe özel sektör anlayışı gelişmeye başlamıştır. 1970’lerden sonra egemen olan bu görüş, ülkemizde zamanla resmi devlet politikası haline gelmiştir. 1982 Anayasasının 56. ve 60. maddeleri kapsamında yapılan yasal düzenlemelerle genel sağlık sigortasının oluşturulması (md.56) ve herkesin devlet tarafından güvence altına alınan sosyal güvenlik hakkına sahip olması (md.60) hükümleri yer almıştır. 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile gerek özel gerekse kamu kurumları bünyesinde oluşturulacak sağlık hizmet sunucuları Sağlık Bakanlığının kontrolü ve denetimi altına alınmıştır (Tengilimoğlu vd., 2018: 135).

1982 Anayasası ile sosyal devlet olma amacı 56. ve 60. maddelerin anayasaya eklenmesiyle perçinleşmiştir. Sosyal devlet olmanın gereği olarak, halka ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmak, halkın ekonomik ve sosyal yaşamını göz ardı etmeden kentlerden en ücra köylere kadar sağlık hizmetini götürebilmek, daha insancıl yaşam seviyesine ulaşmak amacıyla adımlar atılmış ve bu durum ilgili maddelerce güvence altına alınmıştır. Özel sağlık hizmeti sunucularının da kanun ile SB bünyesine alınması kamu sağlık kurumlarıyla beraber özel sağlık sektörünün de denetlenmesi ve hizmet sunumunda yardımcı olmasını sağlamıştır. Aynı zamanda özel sağlık kuruluşları ile kamu sağlık kuruluşları arasında bir rekabet ortamının oluşturulması söz konusu olmuştur.

Bu dönemin önemli çalışmaları arasında illerde oluşan uzman hekim ihtiyacını kapatmak amacıyla 1981 yılında çıkarılan “2541 sayılı Bazı Sağlık Personeline Devlet

Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun’’ olmuştur. Bu kanunla uzman hekim açığı büyük ölçüde kapatılmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [SSYB], 1986: 6).

1987 yılında çıkarılan ve sağlık hizmetlerinin neoliberalleşmesi açısından ilk adım olan ancak bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için tamamen uygulama safhasına geçemeyen ‘‘3356 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’’ yapılan çalışmalar arasındadır.

Bu çalışma ile (Kasapoğlu, 2016: 143);

–Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde her türlü hizmetin fiyatlandırılması,

–Kamu sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine sahip işletmelere dönüştürülmesi,

–Sözleşmeli yabancı uyruklu personel çalıştırılmasının önünün açılması,

–Sağlık işletmelerinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlerin mesai dışında kuruluşa özel teşhis ve tedavi yapabilmesi amaçlanmıştır. Bu madde özellikle üniversitelerin eğitim hastanelerinde öğretim üyelerinin çalışmaya devamını teşvik amaçlı olarak geniş çaplı uygulanmıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı öncülüğünde oluşturulan ve sağlık reformları açısından başlangıç kabul edilen ‘‘Sağlık Sektörü Master Planı’’ bu dönemde hazırlanmıştır. Sağlık politikalarını yeniden yapılandırmak ve hastanelerin özelleştirilmesi hususunda çalışmalar yapılması, 1992’de toplanan 1. Ulusal Sağlık Kongresi ve 1993’te 2. Ulusal Sağlık Kongresinin çalışmalarıyla gündeme gelmiştir.

Ulusal Sağlık Politikası ile çevre sağlığı, yaşam biçimi, destek, sağlıklı Türkiye hedefleri ve sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde durulmuş, 1992 yılında yeşil kart uygulamasıyla maddi durumu yetersiz vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamak için 3816 sayılı kanun çıkarılmıştır (saglik.gov.tr). Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi görüşü 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongreleri ile olmuştur. 1991 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde ‘Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’ kurularak, Dünya Bankası öncülüğünde sağlık reformlarının oluşturulması konusunda taslak çalışmalar yapılmıştır (Erol ve Özdemir, 2018: 124).

Genel Sağlık Sigortası kapsamında “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı” ile “Sağlık Sandığı” kanun tasarısı taslağı ise bu dönemde kanunlaşamayan ve sonuçlanamayan çalışmalar arasındadır.

1990’lı yıllarda yapılan çalışmalar ile (saglik.gov.tr);

–Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,

–Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,

–Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

–Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması amaçlanmıştır.

Bu dönemde daha kaliteli sağlık hizmetleri sunumu için birtakım çalışmalar yapılmış ancak bu çalışmalar genel olarak teoride kalmıştır (Yüksel, 2015: 23).

1.6.5. 2002 yılı sonrası Sağlık Politikaları: Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık sistemi, yapısı gereği sürekli gelişmeye açık ve yoğun teknolojinin kullanıldığı en önemli hizmetler arasında yer almaktadır. Teşhis ve tedavi hizmetlerinin doğrudan etkilendiği teknik gelişmeler aynı zamanda günün şartlarına uygun olarak sağlık hizmetleri sunumunda önemli değişim ve dönüşümlere de zemin hazırlamıştır. Ülkemizde 1920’li yıllardan beri sağlık hizmetlerinde gelişmeler yaşanmış, planlar, taslaklar, reformlar hazırlanmış bunlar içinde uygulama alanı bulan çalışmalar olmakla beraber birtakım çalışmalar da hayata geçirilememiştir. Ancak tüm bu çalışmalar günümüz sağlık sistemlerinin oluşturulmasına birikim sağlamış ve rehberlik etmiştir. Geçmiş çalışmalardan günün şartlarında uygulanabilir olanlar, ülkemizin toplumsal ve ekonomik yapısına hitap edecek uygulamalar ve gelişmiş ülkelerde başarılı olmuş sağlık politikaları baz alınarak yeni çalışmalar için adımlar

atılmıştır. Bu çalışmalar içerisinde son olarak yapılan ve şimdiye kadar en kapsamlı olanı ise, 2002 yılında yapılan genel seçimler neticesinde 16 Kasım 2002 tarihinde göreve başlayan, 58.Hükümet tarafından hazırlanmıştır. 2003 yılında “Acil Eylem Planı ve Kamusal Reform” başlığı ile sağlık alanında gerçekleştirilmek istenen hedefler açıklanmıştır. “Herkesin Sağlık” ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” bu hedefler kapsamında yer almaktadır.

Dönüşüm programı kapsamında, sağlık sistemindeki önemli yapısal değişikliklerin bir parçası olarak Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamındaki güvenlik programlarının entegrasyonu ve Evrensel Sağlık Sigortası'nın uygulanması da dahil olmak üzere, Sağlık Bakanlığı hastane sektöründe önemli reformlar gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve üniversiteler bu reformda yer alan üç ana kamu sağlayıcısı olarak yer almaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş, etkili bir sevk zincirinin oluşturulması amacıyla aile hekimlikleri kurulmuş, sağlık bilgi sistemlerinde iyileştirmeler yapılmış, devlet tarafından sağlık yatırımlarına ağırlık verilmiş ve bu hizmetlerin özel sektöre yaptırılması ile gelişmiş tıbbi teknoloji ve teşhis yöntemlerine erişilmiştir (Sulku, 2011: 634).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerinin halka arz edilmesinde ve finansmanında meydana gelen değişimler ile devletin sağlık hizmetlerini ele alması konusunda bir dönüşüm sürecine girilmiştir. Bu süreçte Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi küresel güçte aktörlerin de etkisi olmuştur (Yılmaztürk, 2013: 176).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile politika belirleme ve düzenleme konusunda etkin olan bir Sağlık Bakanlığı yapısının oluşması beklenmektedir. Sağlıkta reform arayışının nedenleri arasında; artan maliyetler, artan beklentiler ve politik baskılar yer almaktadır (Yılmaztürk, 2013: 186).

1.6.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlandığı 2003 yılından itibaren daha önce santralize olan sağlık yapısının desantralizasyonu için önemli

mesafe kat edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkilerinin yeniden tanımlanması, kamu hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi, sözleşmeli personel alımı gibi uygulamalar desantralizasyon çalışmaları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak yapılandırılması, finansmanının sağlanması ve sunulması Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları arasında yer almaktadır (Ateş, 2016: 112).

Sağlıkta Dönüşüm Programı vatandaşların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini kaliteli, ulaşılabilir, hakkaniyete uygun ve sürdürülebilir bir çerçevede sunmayı hedeflerken aynı zamanda sağlık çalışanlarının da mesleki onurunu koruyarak, performans odaklı gelir düzeyinde artışı sağlamanın temeline dayalı bir politika yürütmeyi amaçlamaktadır (SB, 2003: 39).

Etkililik, verimlilik ve hakkaniyet de bu programın amaçları arasında yer almaktadır. Halkın sağlık düzeyini daha ileri bir noktaya taşımak amacıyla yapılacak çalışmalar etkililik, eldeki kaynakların tasarruf tedbirleri doğrultusunda kullanılarak düşük maliyetle aynı kaynaklardan daha fazla hizmet elde etmek verimlilik, vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları ölçüde ulaşmalarını sağlamak ve maddi imkanları doğrultusunda sağlık hizmetleri finansmanına katkı bulunmalarının sağlanması ise hakkaniyet olarak ifade edilmektedir (SB, 2003: 24).

1.6.5.2.Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri şunlardır (SB, 2003: 25):

–İnsan merkezlilik: Bireylerin sağlık sistemine yönelik talepleri ve ihtiyaçları göz önüne alınarak sağlık politikalarının planlanması ve sağlık hizmetleri sunumudur.

–Sürdürülebilirlik: Ülkemizin koşulları ve eldeki kaynaklar doğrultusunda kendini besleyerek devamlılık arz eden sistemi ifade etmektedir.

–Sürekli kalite gelişimi: Vatandaşların sağlık hizmetleri sonrası geri bildirimleri dikkate alınarak gelinen noktada daha iyi sağlık hizmeti sunmaya

çalışmak, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi amaçlayan bir geri bildirim mekanizmasıdır.

– Katılımcılık: Her kesimden tarafların görüş ve önerileri doğrultusunda sistemin geliştirilmesi ve uygulanması bakımından yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Sağlık sisteminin tüm bileşenleri sistemin kapsamına alınarak kaynak birliğinin oluşturulmasını sağlamaktır.

– Uzlaşmacılık: Sektördeki farklı bölümler arasında, demokratik bir çerçevede, karşılıklı çıkarların gözetilerek, çıkar çatışmasından uzak yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanmasını amaçlamaktır.

– Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistem içerisinde hizmet sunan veya hizmet alanların zoraki bir bağdan uzak, gönüllülük esası doğrultusunda yer almalarını sağlamaktır.

– Güçler ayrılığı: Çıkar çatışması oluşmasını önlemek, verimli ve kalite sağlık hizmeti sunmak adına sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılmasının amaçlanmasıdır.

– Desantralizasyon: Merkezi yönetimin hantal yapısından kurtulmuş, günün koşullarına ve çağdaş anlayışa dayanan bir şekilde, yerinden yönetim ilkesine uygun olarak kurumların yapılanmasıdır. Kaynakların verimli kullanılması ve hızlı karar alınması amaçlanmaktadır.

– Hizmette rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Bu bağlamda maliyetlerin azalmasının yanı sıra kaliteyi geliştirici bir süreklilik ortamının oluşturulması çabasıdır.

1.6.5.3.Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Toplamda 8 bileşenden oluşan Sağlıkta Dönüşüm Programı, birbiriyle ilişkili ve sağlık sektörünü bütün boyutları ile kavramak üzerine kurulu, dönüşüm programının yapısına uygun olacak şekilde yöntemler üzerine temellendirilmiştir.

Acil Eylem Planı'nın açıklanmasının ardından, 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkemizin sosyoekonomik yapısı göz önüne alınarak öncelikli ihtiyaçların karşılanması amacıyla, belirlenen 8 bileşen doğrultusunda dönüşüm programı başlatılmıştır. Bu bileşenler (Akdağ, 2007: 17):

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi'dir.

1.6.5.4.Sağlıkta Dönüşüm Programının Eleştirisi

Geleneksel kamu yönetimi anlayışının içerdiği aşırı kuralcılık, merkeziyetçi ve katı hiyerarşik yapı yerini 1980'li yıllar ile beraber Yeni Kamu Yönetimi'nin getirmiş olduğu esnek örgüt yapısı, ademi merkeziyetçilik, yumuşak hiyerarşi ilkelerine bırakmıştır (Değirmenci, 2019: 29). Bu durum tüm sektörleri etkilediği gibi sağlık sektöründe de etkili olmuştur. Ülkemizde sağlık sektöründeki aksaklıkları ve eksiklikleri çözüme kavuşturmak ve yeni kamu yönetimi anlayışını hâkim kılmak amacıyla çalışmalar yapılmış, 2003 yılına gelindiğinde ise Sağlıkta Dönüşüm Programı başlığı ile uygulamaya konulmuştur.

Programın hedeflerine bakıldığında Yedinci (1996–2000) ve Sekizinci (2001-2005) Beş Yıllık Kalkınma Planlarında yer alan hedeflerle uyumlu olduğu bu bakımından içeriği açısından orijinal bir çalışma olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul gördüğü için bu çalışmanın “reform” olarak adlandırılmadığı vurgulanmıştır (Elbek ve Adaş, 2009: 37).

Sağlık Bakanlığı bu program ile birey ve toplum sağlığını en ileri düzeye taşımak ve korumak, etkili ve uygun yaklaşımlarla sağlık sorunlarına zamanında çözümler üretmeyi amaçlayan insan merkezli bir misyon yüklenmiştir (SB, 2012: 67).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye sağlık sistemine yönetim ve organizasyon, finansman, kaynak yönetimi ve hizmet sunumunda önemli değişiklikler getirmiştir. Bu değişiklikler ile evrensel sağlık sistemi kapsamında hizmet sunumu amaçlanmıştır. Öncelikle yoksul nüfus olmak üzere tüm vatandaşların sağlık hizmetine ulaşımını sağlayarak sağlık sigortası kapsamı genişletilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim ülke genelinde artmış özellikle anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişim ve kullanım, anne ölüm oranını büyük ölçüde azaltmaya yardımcı olmak için iyileştirilmiştir. Bu durum özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda etkili olmuştur. Ekonomik büyüme, siyasi istikrar, bir dönüşüm ekibi tarafından yönetilen kapsamlı bir dönüşüm stratejisi, hızlı politika geliştirme, sürekli öğrenme ile esnek uygulama ve sağlık sisteminde eşzamanlı iyileştirmeler gibi faktörler evrensel sağlık düzeyinin elde edilmesine ve sonuçların iyileştirilmesine yardımcı olmuştur (Atun, Aydın, Chakraborty ve Sümer, 2013: 1).

2002-2019 yıllarına ait sağlık istatistikleri karşılaştırılmasında; bebek ve anne ölümlerinin azalması, aşılama hızı ve oranının artması, doğumdan beklenen yaşam süresinin artması, bulaşıcı hastalıklarla etkin mücadele, sağlık tesisi ve yatak sayılarındaki artış, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin daha fazla istihdam edilmesi, ülke genelinde koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemli derecede yaygınlaştırılması programın ilerleme kaydettiğinin önemli göstergeleri arasında sayılabilir.

2006 yılında kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart güvencesine tabi bireylerin yaygın ve eşit sağlık hizmetlerinden faydalanması amacıyla sağlık sigorta sağlayıcılarının Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi sağlanmış böylece kısıtlı olan sağlık hizmet sunucuları arttırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin başarısını arttırmak ve yüksek standartlara sahip olmak amacıyla birçok uygulama hayata geçmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirmiş olduğu Merkezi Hastane Randevu Sistemiyle hasta kuyruklarının oluşması engellenmiş böylece zaman tasarrufu sağlanmıştır. Aile hekimliği sisteminin oluşturulması, hekim seçme hakkı, vatandaşlara şikâyet ve önerilerini iletebilmeleri amacıyla kurulan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi gibi birçok olumlu getiriler mevcuttur. Aynı zamanda gezici sağlık hizmetlerine verilen önem artmış böylece düzenli gezici sağlık hizmeti verilmesi gereken nüfusa sağlık hizmeti ulaştırma oranı %10'dan %99'a çıkmıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, kalite ve akreditasyon, ilaç fiyatlandırmasında şeffaflık sağlanması, eczanelerin herkese açılmasını sağlayan ilaca erişimin önünü açılması, akılcı ilaç ve malzeme yönetimini sağlamak amacıyla Ulusal İlaç Politikasının uygulanması, SDP bütün bileşenleri arasında uyum sağlamak amacıyla entegre sağlık bilgi sisteminin oluşturulması, toplumun ihtiyaçları göz önüne alınarak sağlık hizmetlerinde etkinliği arttırmak amacıyla hastane kampüslerinin kurulması da söz konusu program kapsamında hayata geçirilmiştir (Akdağ, 2008).

02/11/2011 tarihinde yürürlüğe giren 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı, Merkez ve Taşra Teşkilatı ile Bağlı Kuruluşlar olmak üzere yeniden yapılandırılmıştır (resmigazete.gov.tr). Hastane hizmetlerini yürütmek için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve ilaç ve tıbbi ürünlerin denetimi ilgili işlemlerini yürütmek için ise Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur. Başta kamu hastaneleri olmak üzere tüm sağlık kurumlarının daha etkili, kaliteli ve verimli işletilmesi için bu düzenleme yapılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirmiş olduğu bir başka proje ise kamu-özel ortaklığı kapsamında şehir hastanelerinin yapımı olmuştur. Etkin ve verimli sağlık hizmeti sunmak amacıyla yapılan bu hastaneler ile nitelikli sağlık hizmeti sunmak amaçlanmaktadır.

Şehir hastaneleri fiziksel (ferah salonlar, modern yapı, nitelikli yataklar gibi) ve teknolojik (son teknoloji cihazların kullanımı, dijital hizmet, modern tıbbi ekipman gibi) açıdan önemli avantajlar sağlamaktadır. Aynı zamanda kaliteli otelcilik hizmeti (temizlik, yemek hizmetleri, insana değer verilmesi gibi) ve hasta memnuniyetine ve mahremiyetine önem verilmesi de şehir hastanelerinin avantajları arasında yer almaktadır (Gökkaya ve Erdem, 2021).

Ülkemizin birçok ilinde açılan şehir hastanelerinin bugüne kadar hizmete giren yatak sayısı 17.430 (Konya Karatay Şehir Hastanesi 1250 kapasiteli olup, hizmete giren 838 yatak hesaplanmıştır)'dur (sygm.gov.tr). 2023 yılına kadar açılması planlanan şehir hastaneleri ile birlikte toplam yatak sayısı 41.091 olacaktır (turkbiyokimyadernegi.org). Devasa kapasitede sağlık hizmeti sunan şehir hastaneleri sayesinde nitelikli hizmete ulaşabilirlik önemli derecede artacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı birçok düzenleme ve yenilik getirmesine rağmen sisteme yönelik yapılan eleştiriler de söz konusudur.

Akdur (2008: 6) yaptığı çalışmasında sağlıkta dönüşüm programıyla beraber sağlık örgütünün 1980 (aktif özelleştirme)'den bu yana uygulanmak istenen sağlıkta dönüşüm programı kapsamında belirlenen amaçlar doğrultusunda yeniden yapılandırıldığını böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarının yerine "Aile Hekimliği" adı altında muayenehaneye dayalı sisteme geçiş yapıldığı, hastanelerin ise "işletme haline getirme" adı altında hızla özelleştirildiğini, "Hastane Birlikleri", "Hastane Zincirleri" ve "Sağlık Kentleri"nin oluşturulmasının amaçlandığını, kurulacak olan bu yapılarla sağlık hizmetlerinin hızla uluslararası sermayeye devredildiğini, tedavi edici hizmetlerdeki tüm iş ve işlemler bu tür kurum ve kuruluşlara aktarılacağını, elde edilen rantın ise tamamen uluslararası sermayeye aktarılacağı, tedavi hizmetleri alanında kurulan bu düzende, özel ya da kamu hiçbir

yerli hastanenin varlığını devam ettiremeyeceğini yahut uluslararası sermayeyle bütünleşip yok olacağını belirterek bu konudaki birtakım eleştiri ve kaygılarını dile getirmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, neoliberal politikalar temel alınarak uygulama alanı bulmuş bu durum ise kamu eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına neden olmuştur. Personel alımlarının kadrolu statüden sözleşmeli statüye geçişi ile kamu sağlık sektöründe esnek, çok parçalı, güvencesiz ve farklı istihdam durumu ortaya çıkmıştır. Özel sağlık sektörünün hizmet sunumunda söz sahibi olması hizmet alımı istihdamı ile taşeronlaşmanın artmasına neden olmuştur. Performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanmasıyla beraber “hasta” artık “müşteri” olarak görülmeye başlanmıştır (Çakıroğlu ve Seren, 2016: 41).

Aynı şekilde birinci basamağın temeli olan aile hekimliği sisteminde hasta sayısının ve hasta memnuniyetinin performans kriterleri kapsamında değerlendirilmesi birtakım olumsuzluklara neden olabilmektedir. Hastalara müşteri olarak bakılması neticesinde, hekimlerin kendilerine kayıtlı olacak kişi sayısını arttırmak amacıyla birbiriyle rekabete girmeleri ve hastaların taleplerini yerine getirirken çalışma etiği dışına çıkmaları söz konusu olabilmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin yanlarında çalışan ek personele ücret ödemelerini kendileri yapmaları çalışanların haklarında gerek sosyal gerek ekonomik açıdan problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir (Seçtim, 2019: 123).

2011 yılında 663 sayılı KHK ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı KHK ile kapatılmıştır. Genel Müdürlük seviyesine indirilen bu kurumlar sağlıkta çok başlılığın verimli ve etkin sağlık hizmeti sunumu sağlamayacağı sonucunu ortaya koymaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin farklı kurumlara bağlı olarak yürütülmesinin verim sağlayacağı teorisi başarısız olduğu gibi her kuruma ayrı idareci ve personel, teçhizat ve altyapı temini ise ciddi finansal giderlere neden olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın getirmiş olduğu bir başka uygulama olan performans sisteminin ise daha çok hekimlere hitap eden bir çalışma olması ekip

ruhuna aykırı olarak ele alınmaktadır. Hekimlerin yaptıkları uygulamaya göre ek ödeme alması sonucunda oluşacak rekabetin iş barışını engelleyeceği, hastaya müşteri gözüyle bakılmasının bir sonucu olarak daha çok hasta bakımı için hasta başına daha az zaman ayrılması ile hataların ortaya çıkabileceği eleştiriler arasında yer almaktadır. Özelleştirme esasına dayalı olarak uygulamaya konulan şehir hastanelerine yönelik eleştiriler arasında devlet arazilerinin şirketlere bedelsiz tahsis edilmesi, tıbbi hizmetlerin kısmen, destek hizmetlerinin ise tamamen şirketlere devredilmesi ve zarara giren şirketlere hazine bütçesinden ödeme yapılması yer almaktadır. Şirketler ise hastanelerin zarar etmemesi için daha fazla hastaya bakmak suretiyle devletin giderlerinde israfa yol açabilecektir (Seçtim, 2019).

SDP ile uygulanan sağlıkta performans sistemi ile daha verimli, etkin ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulması temel amaçtır. Ödemeye dayalı performans sisteminin suiistimal edilmemesi için idari ve mali denetim mekanizmalarının daha etkin işlemesi, personel istihdamında motivasyonu ve etkinliği arttırmak için parçalı kadro sistemi yerine tek tip istidam getirilmesi gerekmektedir. Aile hekimliği sisteminin daha başarılı işlemesi için kademeli sevk zincirinin etkin işlemesi sağlanmalıdır. Bu durum hastanelerde oluşacak hasta yığınlarının ve gereksiz giderlerin engellenmesini sağlayacaktır. Daha yüksek performans göstergelerine ulaşabilmek amacıyla daha çok hastaya bakılması hizmet sunumunda kaliteyi düşürücü etkiye neden olabilmektedir. Bu durum ise hastalara daha çok tetkik yapılması yahut lüzumsuz cerrahi girişimlerin yapılmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu anlamda hastalara müşteri gözüyle bakılmamalı sağlık hizmeti verilirken sağlık etiği göz önünde bulundurulmalıdır. Parçalı sağlık sigortası sistemini tek çatı altında toplayarak önemli bir adım atan Genel Sağlık Sigortası ile ayaktan tedavi edilen hastalardan katkı payı alınması maddi gücü zayıf olan vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanmasını zorlaştırabilir. Bu nedenle Genel Sağlık Sigortasında, her kesimin daha etkin faydalanması açısından eksikliklerin giderilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

1.7. Önemli Sağlık Kurumları Olarak Hastaneler

Kamu sağlık hizmetinin en etkin verildiği yer olan hastaneler, ileri derece uzmanlaşma ve teknolojinin kullanıldığı kompleks yapılar olarak hizmet sunmaktadır. Ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinin verildiği hastaneler kendilerine has özellikler taşımakla beraber topluma ulaşılabilir etkin sağlık hizmeti sunma işlevine sahiptir. Bu başlık altında önemli sağlık kurumları olarak hizmet veren hastaneler ele alınacaktır.

1.7.1. Hastanelerin Tanımı

Hastane, en genel anlamıyla sağlık hizmetlerinin verildiği, başvuran hastaların hastalık teşhisi, tedavisi veya genel sağlık kontrolünün yapılabildiği, gerektiğinde yatarak tedavi gördükleri sağlık profesyonellerinin hizmet sunduğu kurumlardır. Hastaneler işletme mantığıyla hareket eden kurumlar olan hastaneler, özel veya kamu bünyesinde paralı veya para verilmeden sağlık hizmeti sunan yapılardır. Günümüzde hastanelerin birçok şekilde tanımı yapılmaktadır.

Hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 4. Maddesinde: “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.” şeklinde tanımlanmıştır (mevzuat.gov.tr).

Dünya Sağlık Örgütüne göre hastane, hastanın müşahede altına alındığı, hastalık teşhisinin ve tedavisinin yapıldığı, ihtiyacı olan bireylere rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu aynı zamanda hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (Balkan, 2021: 8).

Teşhis, tedavi ve hasta bakımı hastanelerin işlevsel tanımları olarak belirtilebilir. Bununla beraber hastaneler sistem yaklaşımı içerisinde ele alındığında bir tür geri bildirim mekanizmasına sahip oldukları, dinamik, değişken bir çevrede aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek çıktılarının büyük bir kısmını tekrar aynı çevreye veren yapılar olduğu görülmektedir. İnsan gücü, hasta, malzeme, teknoloji ve sermaye hastanelerin girdileri olmakla beraber, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilere verilen klinik eğitim, ar-ge

alışmaları ile sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik çalışmalar ise hastanelerin ıktıları arasındadır. Planlama, rgtleme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme faaliyetleri ise dönüştürme süreçleri içerisinde yer alır. Hastaneler bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzeyi, refah düzeyi, sosyal güvenlik, sağlık politikaları gibi birçok unsurun etkisine açık yapılar olduğundan, salt sağlık hizmeti veren fiziki mekanlar olarak değerlendirilemezler (Tengilimoğlu vd., 2018: 187). Sosyal hizmet verme amaçlarının yanı sıra yüksek sayıda insan emeği ile çalışan hastaneler, milli gelirin önemli bir kısmını harcamakla beraber ekonomideki birçok sektörle bağlantılı yapılardır. Teknolojik ve tıbbi gelişmeler ışığında evirilerek gelişen ve değişen bu yapılar, devlet yapıları içerisinde önemli organizasyonlar olarak yer alan sosyoekonomik kuruluşlardır (Karahana ve zgr, 2011: 4).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni'ne göre (SB, 2020a: 3), 2019 yılında 1.538 hastane aktif olarak hizmet vermiştir. 2018 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 889 iken 2019 yılında 895'e ulaşmıştır. Üniversite hastane sayısı 68, özel hastane sayısı ise 575 olmuştur. 2019 yılında aktif olarak kullanılan hastane yatak sayısı 5.591 artarak 237.504'e ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı hastane yatak sayısı 2018 yılında 139.651 iken 2019 yılında 143.412 olmuştur. Üniversite ve özel sektörün hastane yatak sayıları 2018 yılında sırasıyla 42.066 ve 50.196 iken 2019 yılında 42.925 ve 51.167'ye ulaşmıştır.

Aynı zamanda kamu-özel ortaklığı modeli ile Türkiye sağlık sisteminde yer alan birçok şehir Hastanesi de son dönemde sağlık hizmet sunumunda önemli rol oynamaktadır. 2017 yılında Yozgat şehir Hastanesinin açılması ile başlayan sağlık yatırımları hala devam etmektedir.

Adana, Mersin, Isparta, Yozgat, Kayseri, Manisa, Elazığ, Ankara Bilkent, Eskişehir, Bursa, İstanbul Başakşehir, Konya Karatay (1250 yatağın 838 tanesi hizmete girmiştir) ve Tekirdağ şehir Hastaneleri halihazırda toplamda 16944 yatak kapasitesi ile hizmet vermekte olup, Kocaeli, Kütahya, Ankara Etlik, Gaziantep ve İzmir Bayraklı şehir hastanelerinin de 2021 yılında 9379 yatak kapasitesi ile tamamlanması beklenmektedir (sygm.saglik.gov.tr).

1.7.2. Hastanelerin Özellikleri

Kesintisiz kamu sağlık hizmetinin sunulduğu hastaneler birtakım özellikler taşımaktadır. Bu özellikler arasında (Tok, 2021: 12):

- Kompleks örgüt yapısı taşımaları,
- Acil hizmet verme özellikleri taşımaları,
- Başvuran hastaları geri çevirmemeleri,
- Kısa zamanda kapasite arttırma veya azaltma durumunun olmaması,
- Kesintisiz sağlık hizmeti sunmaları ve hizmetin stoklanamaması,
- Emek, sermaye ve teknoloji yoğun yapıya sahip olmaları,
- Aşırı uzmanlaşmanın olması sayılabilmektedir.

Hastaneler farklı özellikler içeren ve bu özelliklerinden dolayı farklı amaçlar gerçekleştirmek üzere organize olmuş kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerin sahip olduğu özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2018: 191):

- Tedavi hizmetlerine yönelik çalışmalar yapıldığından tıbbi kuruluş,
- Ekonomik ilkeleri göz ardı edmeden bir yönetim yapısına sahip olduklarından bir işletme,
- Hekim ve diğer sağlık personellerini eğiten bir misyonları da olduğundan eğitim kurumları,
- Tıbbi araştırmalar yaptıklarından gelişim ve ilerlemeye katkı sağladıklarından dolayı bir araştırma kurumu,
- Yeterli maddi geliri olmayan bireylere de sağlık hizmeti sundukları için sosyal bir kurum,

-Kuruldukları bölgenin sağlık hizmeti sunucuları olduklarından dolayı toplumsal bir girişim,

-Devlet tarafından denetime tabi olduklarından dolayı bir kamu kuruluşu,

-Varlıklarını devam ettirmeleri halkın kısmen yahut tamamen yaptıkları katkılardan dolayı olduğundan bir hayır kurumu özelliği taşımaktadır.

1.7.3. Hastanelerin İşlevleri

Hastaneler birtakım işlevlere sahiptir. Bu işlevler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Karahan ve Özgür, 2011: 20,21):

-Tedavi hizmetleri ile sağlık hizmeti talep edenlere veya ihtiyacı olanlara hizmet vermek hastanelerin en eski ve temel işlevidir.

-Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, bireylerin hastalanmadan evvel daha sağlıklı bir hayat yaşamaları amacıyla bilgilendirme çalışmalarının koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yapılmasıdır. Alkol, sigara, uyuşturucu gibi zararlı maddelerden korunma, çocuk sağlığının takibi gibi hizmetlerin verilmesiyle bu çalışmalar yürütülür.

-Eğitim işlevi, hasta ve yakınları, tıp öğrencilerinin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık hakkında toplumun eğitimi olarak sayılabilir.

-Araştırma ve geliştirme işlevi, hastaneler bu çalışmaları idari ve tıbbi alanlarda yürütür. Bu çalışmalar ile hastanenin minimum maliyetle en iyi sağlık hizmetini sunması, böylece etkili ve verimli bir sağlık hizmeti vermesi hedeflenir.

-Mali işlev, hastaların ve hastane personelinin gereksinimleri ile sağlık hizmetlerinin üretilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan yiyecek, içecek, giyim, yakacak gibi ihtiyaçların satın alınması, personel maaşlarının ve diğer giderlerinin ödenmesi amacıyla bütçenin tanzim edilmesi konusunda tüm gelir gider işlemlerinin yönetimidir.

-Yönetim işlevi, insan gücü ve fiziksel kaynakların hastanenin amaçlarına yönelik olarak en doğru şekilde kullanmaktır.

1.7.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler ürettikleri hizmetler ile topluma birçok açıdan hitap eden kuruluşlardır. Hastanelerin hangi amaçla kurulduğu ve bireyin taşıdığı olduğu hastalığa göre hangi sağlık kurumuna gitmesi gerektiği konusunda kolaylık sağlaması adına belirlenmiş kriterler kapsamında sınıflandırma yapılabilmektedir. Bu kriterler doğrultusunda hastaneler, mülkiyet esasına göre, büyüklüklerine göre, hastaların kalış süresine göre, eğitim statüsüne göre, akreditasyon durumuna göre, dikey entegrasyona göre ve verdikleri hizmet türüne göre sınıflandırılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2018).

Mülkiyet esasına göre hastaneler, hastane mülkiyetinin hangi kurum veya kuruluşa ait olduğuna yahut kurum veya kuruluşların niteliği dikkate alınarak yapılan sınıflandırmadır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, belediyelere bağlı hastaneler, yabancılara, azınlıklara ve özel kesime ait hastaneler mülkiyet esasına göre sınıflandırma içerisinde yer alır (Taştan, 2017: 20).

Tablo 1. 8:Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler.

Kamu	Özel
-Sağlık Bakanlığı	-Özel Kişi ve Kuruluşlar
-Üniversiteler	-Dernek ve Vakıflar
-Belediyeler	-Yabancılar -Azınlıklar

Kaynak: (Tengilimoğlu vd., 2018:196).

Mülkiyet esasına göre hastaneler, Sağlık Bakanlığı emrinde bulunan devlete doğrudan bağlı hastaneler olarak tanımlanırken; sağlık hizmetlerine katkısı sınırlı olan belediye hastaneleri ile eğitim ve araştırma hizmetlerine yönelik hizmetlere ağırlık veren ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucu olan üniversite hastaneleri devlete dolaylı bağlı hastanelerdir. Ayrıca yabancılar, azınlıklar ve şahıslar tarafından kurulan

ve kâr amacı güderek varlıklarını sürdüren hastaneler ise özel hastaneler sınıfında yer almaktadır (Tengilimoğlu vd., 2018: 197).

Büyükliklerine göre hastaneler, yatak sayısı bakımından 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Hastanede yatak sayısının artmasına bağlı olarak yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi mevcut birtakım birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak, böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir (Sarsenova, 2010: 34).

Hastaların kalış süresine göre hastaneler, genel devlet hastaneleri ve doğumevleri gibi hastalarının yarısından fazlasının bir aydan daha az kaldığı kısa süreli (akut hasta yatağı olan hastaneler) kalınan hastaneler; psikiyatri, geriatri, fizik tedavi ve tüberküloz gibi hastalarının yarısından fazlasının bir aydan daha fazla kaldığı hastaneler ise uzun süreli (kronik hasta yatakları olan hastaneler) kalınan hastanelerdir (Tengilimoğlu vd., 2018: 198).

Eğitim statüsüne göre hastaneler, eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılır. Sağlık profesyonellerini eğitmek amacı güden bunun yanında tedavi hizmetlerini yürüten hastaneler eğitim hastaneleri; teşhis ve tedavi hizmeti vermenin yanı sıra sınırlı ölçüde uygulamaya yönelik staj eğitimi veren hastaneler ise eğitim amacı olmayan hastanelerdir (Taştan, 2017: 21).

Akreditasyon durumuna göre hastaneler incelendiğinde, ülkemizde yaygın olarak Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (The Commission on Accreditation of Health Care Organizations- JACHO) tarafından geliştirilen standartlar kapsamında hastaneler akredite edilmektedir. Hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olmak üzere ikiye ayrılır. Akreditasyon; kurumsal saygınlık, sigorta şirketlerinin sözleşme yapması ve sağlık turizmi açısından önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2018: 199).

Dikey entegrasyona göre sınıflandırmada, hastaneler birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2018: 200). Kısa süreli tedavi gerektiren, ileri

teknolojik tıbbi gelişime ihtiyaç duyulmayan hastaneler birinci basamak; birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının tedavi edemediği daha gelişmiş hastaneler ikinci basamak; ileri tıbbi ve teknolojik gelişimin olduğu, gelişmiş sağlık teçhizatı ile hizmet veren hastaneler ise üçüncü basamak hastanelerdir. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 5.maddesine göre hastaneler; ilçe/ belde hastaneleri, gün hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri olmak üzere beş gruba ayrılır.

Verdikleri hizmet türüne göre hastaneler, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere ikiye ayırmıştır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 5. Maddesine göre genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır. Özel dal hastaneler ise belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumları olarak tanımlanmaktadır (mevzuat.gov.tr).

İKİNCİ BÖLÜM

2. PERFORMANS KAVRAMI VE SAĞLIKTA PERFORMANS UYGULAMASINA GEÇİŞ SÜRECİ

Her işletme belirlediği bir vizyon doğrultusunda çaba sarf ederek başarıya ulaşmayı amaçlamaktadır. Ortak değerler ve doğrultusunda hareket ederek çalışan işletmeler bu hedeflere ulaştıkları sürece varlıklarını devam ettirmektedir. İşletmeler amaçlarını gerçekleştirmeye çalışırken belirlemiş oldukları kurumsal performans ölçütlerini baz alarak harekete geçmektedir.

Günümüzde gerek özel sektörde gerek kamu kurum ve kuruluşlarında uygulanan performans yönetimine dayalı sistemin Sağlık Bakanlığı tarafından da uygulanması performans kavramı, performansın özellikleri, yönetimi, performansa dayalı ek ödeme gibi birçok başlıkta bu konunun incelenmesini gerektirmiştir. Çalışmamızın ikinci bölümünde bu konuya ilişkin bilgiler sunulacaktır.

2.1. Performans Kavramının Tanımı

Performans kavramı, sosyal evrimde farklı zamanlarda birçok kez tanımlanmış, sürekli bir gelişim içinde olmuştur. Çünkü gerçekleştirilen faaliyetler sonucunda performansı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çok sayıda faktör söz konusudur (Camelia ve Luminita, 2013: 1146).

19.yüzyılın ortalarında ilk kez bir spor müsabakasının sonuçlarını açıklamak için kullanılan performans kavramı, 20.yüzyılda gelindiğinde en geniş anlamını kapsayan bir dizi tanım doğrultusunda geliştirilmiştir. Halihazırda, öznel doğası nedeniyle performans kavramına atfedilen çeşitli tanımlar mevcuttur. (Iuliana ve Maria, 2016: 179).

Performans kavramının daha iyi anlaşılması açısından yapılan farklı tanımlara değinilecektir. Türk Dil Kurumu'na göre; başarımlı, herhangi bir olayı veya durumu başarma isteği ve gücü, kişinin yapabileceği en iyi derece şeklinde tanımlanmaktadır (sozluk.gov.tr).

Ayverdi (2010: 988) performansı, “Bir işin yapılışı esnasında onu gereğince sonuçlandıracak tutum, beceriklilik ve gayret seviyesi, mükemmellik durumu ” olarak tanımlamaktadır. Performans kavramı, kurumsal açıdan belirli bir zamanda üretilen hizmet veya mal olarak, bireysel anlamda ise hedeflere ulaşmak için gösterilen etkililik ve verimlilik düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2017: 4). Performans kavramı “verim”, “başarı” ve “çıktı” kavramlarıyla eş anlamlı kullanılabilmektedir. İnsanın, belirlenmiş bir zaman dilimi içerisinde bir işi bitirmek amacıyla kapasitesini kullanabilme yüzdesi olarak da tanımlanmaktadır (Çelik, 2017: 13). Performans, bir işi yapan bireyin, grubun veya teşebbüsün belirlenen hedeflere hangi ölçüde ulaştığını, hangi noktaya geldiklerini, neyi başarabildiklerini nicel ve nitel anlatımıdır (Güner, 2015: 3). Aynı zamanda idareciler tarafından çalışanların yapı içerisindeki başarısını ölçmek ve çalışan analizi yapmak amacıyla verilen görevlerin hangi ölçüde yapıldığının saptanması da performans olarak tanımlanmaktadır (Yumuşak, 2009: 5). Performansın başarıyı ölçmeyi sağlaması aynı zamanda performansın kanıtlanabilir bir yapıya sahip olduğunu da bize göstermektedir.

Çeşitli alanlarda kullanılan performans kavramı bizi başarıya, rekabete, eyleme, çabaya, ilerlemeye götürür. Çünkü performans belirlenen hedeflere ulaşmayı amaçlayan çabaların bir sonucu olarak, bireyin kapasitesini ön plana çıkarmakta ve ilerlemeyi kaydetmektedir (Pintea ve Achim, 2010: 2).

Belirlenen etkinlikte rol alan tüm bireylerin ayrı ayrı sarf ettikleri performans aynı zamanda toplamda kurumsal çıktıyı etkilemektedir. Kurumun performansı belirlenen bir zaman dilimi sonunda, kurumun hedeflerine ulaşma başarısını ortaya koyan bir göstergedir. Bireysel performansın değerlendirilmesi ise çalışanların kurumsal amaçlara hangi oranda katkıda bulunduklarını anlamak açısından önem taşımaktadır (SB, 2006: 5). Faaliyetlerin, üretim faktörlerinin ve çalışanların performansını ölçmek, performansın tüm yönleriyle ölçülmesini sağlamak amacıyla kullanılan teknik performans göstergeleri mevcuttur. Yükü ve Atağan’ın yaptıkları çalışmaya göre bu göstergeler arasında “etkililik”, “etkinlik” ve “verimlilik” yer almaktadır. Etkililik (effectiveness), örgütlerin gerçekleştirdikleri faaliyetler sonucunda amaçlara ulaşma derecesini belirtmekte (2009: 2); etkinlik (efficiency),

örgütsel amaçlara ulaşip onları elde etme derecesini belirtmekte (2009: 3); verimlilik (productivity) ise savurganlıktan uzak, kaynakların en iyi şekilde kullanılması ile üretim sürecine giren girdi ve çıktılar arasındaki ilişkiyi anlatan göstergiyi ifade etmektedir (2009: 4).

Tablo 2.1: Performans kavramı ve tanımları.

Kavramlar	Tanım
Etkinlik (efficiency)	Kaynak kapasitesinin en uygun şekilde kullanılarak, işlerin doğru yapılmasıdır.
Etkililik (effectiveness)	Amaca ulaşmak için doğru işlerin yapılmasıdır.
Performans	Doğru işlerin, doğru şekilde yapılmasıdır. (Etkinlik x Etkililik)
Verimlilik (productivity)	Hizmet miktarı ile hizmet miktarının üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki orandır. Genellikle bu ölçü, çıktı/girdi olarak formüle edilir.
Standart	Belirlenen asgari niteliklerdir.
Hedef	Herhangi bir faaliyette ulaşmak istenen düzeydir.
Kriter	Hedeflere ulaşmak için değerlendirilmesi gereken unsurlardır.
Ölçüt	Kriterlerin karşılanabilirlik düzeyini değerlendirmek üzere ortaya konan sayısal ifadelerdir.
Vizyon	Gelecekte kurumun kendini görmek istediği en üst noktadır.
Strateji	Vizyona ulaşmak için kullanılan yol ve yöntemler bütünüdür.

Kaynak: (Topçu, 2014:15).

Literatür taramaları sonucunda genel bir değerlendirme yapıldığında performans kavramının bir amaç doğrultusunda ve harcanan tüm çabalar sonucunda amacın hangi oranda gerçekleştirildiğini, amacın neresinde bulunduğu kısaca hedefin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini anlamak üzere kullanılan bir kavram olduğu anlaşılmaktadır. Çok boyutlu bir kavram olarak ele alınabilecek performans, aynı zamanda kurumsal olarak başarı düzeyini saptamak, bireysel anlamda ise sorumlulukların hangi düzeyde yerine getirildiğini, nasıl davranılması gerektiğini ve kurumun hedeflerine hangi oranda katkıda bulunduğunu tespit etmek üzere kullanılmaktadır.

2.2.Performans Yönetimi

Teknolojinin hızla gelişmesi ile bilgi sistemlerinin geniş çaplı kullanılması neticesinde insanların bilgiye ulaşması kolaylaşmış böylece beklenti ve talepler de bu

durumdan etkilenmiştir. Bu durum kamu yönetimi anlayışında da etkili olmuştur. Yeni kamu yönetim anlayışının getirdiği vatandaş odaklı, katılımcı, şeffaf, stratejik performans kriterleri ülkelerin yönetiminde söz sahibi olmuştur. Ülkemizde kamu giderlerinin artmasının sonucu olarak kaynak israfından kaçınmak ve kaynakları verimli kullanmak adına yapılan çalışmalar performans yönetiminin önemini arttırmış, böylece performans yönetimi uygulamaları önem kazanmıştır (Karasoy, 2014: 258).

Performans yönetimi, kuruluşların stratejik hedeflerine uygun bireysel ve örgütsel hedeflerin belirlenmesi, hedeflere ulaşmak için performans planlaması, ilerlemenin değerlendirilmesi, insanların bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirmesi suretiyle performansı iyileştirmenin devamlı bir sürecidir (Armstrong, 2018: 1).

Armstrong tarafından yapılan tanımın bu kadar popüler olmasının nedenlerinden biri, bir organizasyonun insan kaynaklarının performansı ile organizasyonun hedeflerine ulaşması arasındaki bağlantının önemli bir durum olmasıdır (Ashdown, 2018: 3).

Performans yönetimi, çalışanların görevlerini gerektirdiği doğrultuda yetkinliklerini ve belirli konularda kendileri için oluşturulan hedefi gerçekleştirmelerini sağlamak suretiyle verimliliklerini ölçmek ve arttırmak anlamı taşımaktadır. Performans yönetimi, bir örgütte insan kaynaklarının, etik ve sosyal ilkeleri göz ardı etmeden örgüte katkı sağlayacak şekilde yönetilmesi durumudur. (Tengilimoğlu vd., 2018: 401).

Performans yönetimi, kamu yönetimindeki iyileştirmeler neticesinde birçok ülke kamu yönetimi tarafından katılımcılığı, kurumsal denetimi, etkililiği sağlama aracı olarak kullanılan yöntemler arasında yer aldığından, kamu örgütlerinin stratejik planlarında yer alan amaç, ölçü, hedef ve kurumsal aktivite gibi unsurları da kapsamaktadır. Bu bağlamda performans yönetimi ile kurumsal ve işlevsel performansın geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Kurumsal anlamda belirlenmiş hedeflere ne kadar ulaşıldığını tespit etmek ve ulaşılan sonuçların değerlendirilmesi ile kurumsal performansı iyileştirmeye yönelik çalışmaları sürekli yönetim döngüsü

çerçevesinde sağlamak performans yönetimi olarak ifade edilmektedir (Usta ve Kubat, 2013: 2).

İlk olarak özel sektörde uygulanan, yönetimde daha etkin olmayı hedefleyen performansa dayalı yönetimi, yeni kamu yönetimi anlayışı sonucunda kamu sektöründe de uygulanmaya başlanmıştır. Performans yönetimi; çalışanların yetenek ve motivasyonları doğrultusunda belirlenmiş hedefe ulaşmaları amacıyla ortaya koydukları davranışları ifade eden bireysel performans ve örgütün hedeflerinin gerçekleştirmeye ve iyileştirmeye çalışan, finansal sonuçlar ile yönetsel sonuçları kapsayan, bunu gerçekleştirirken de performans göstergelerinden, metotlardan, çalışanlardan ve teknolojiden faydalanan sistemi ifade eden kurumsal performans olmak üzere iki şekilde incelenmektedir (Şeker, 2019: 273,274).

Çalışanlar ve idarecilerin birtakım sorumluluklar üstlendiği performans yönetimi uygulamalarında ortak noktalar söz konusudur. Bunlar, performans verilerinin zamanında ve düzenli olarak temini ile gerçeği yansıtması, güçlü bir liderliğin sonucu olarak, sonuç alma kültürü ve başarabilme, bireysel ve kurumsal hesap verebilme mekanizmaları üzerinde anlaşmak, yönetici tarafından belli dönemlerde yapılan performans yönetimine ilişkin incelemelerde bulunmak, performans ödül ve cezalarının şeffaf olmasıdır (Bazgan, 2018: 17).

Bazen performans yönetimi ile performans değerlendirmenin aynı anlamı taşıdığı düşünülse de bunlar birbirinden ayrıdır. Performans yönetimi, sürekli ve daha geniş kapsamlı bir süreci kapsamakla beraber yönetici ve çalışanlar arasında karşılıklı görüşme ve değerlendirmelerin olduğu sürecin sonunda da değerlendirmeler yapılmak suretiyle işleyen bir sistemi ifade etmektedir. Çalışanlara yönelik olarak yöneticiler tarafından yılda bir veya birkaç kez yapılan, bireysel başarı durumu ile ileriye dönük gelişme potansiyellerini tespit etmeye yönelik değerlendirmeler ise performans değerlendirme olarak açıklanmaktadır (Uyargil, 2017: 3).

Tablo 2.2: Performans Yönetimi ile Performans Değerlendirmenin Karşılaştırması.

Performans Değerlendirme	Performans Yönetimi
Yukarıdan aşağı, üstün astı değerlendirme	Karşılıklı görüşmelerde değerlendirme
Yılda bir ya da iki kez değerlendirme görüşmesi	Bir ya da daha çok formel değerlendirme görüşmesinin yanısıra sürekli görüşme
Sayısal sonuç ve hedeflere odaklanma	Hedeflere, değerlere ve davranışlara odaklanma
Çoğunlukla ücretlendirme ile ilişkili	Çoğunlukla ücretlendirme ile ilgili direkt ilişkisi olmaması
Bürokratik ve karmaşık formlar ve belgeler içermesi	Daha sade formlar ve daha az belge içermesi
İnsan kaynakları departmanının temel sorumluluğunda olması	Yöneticilerin sorumluluğunun daha belirgin olması

Kaynak: (Uyargil, 2017:3).

Etkili performans yönetimi çalışanlara şunları sağlar (Ashdown, 2018: 8):

- Kuruluşun hedeflerine ne oranda katkıda bulunduklarını anlarlar.
- Performansları konusunda insanları motive eder böylece gereken performansı gösterirler.
- İnsanlar gerekli performans seviyelerini sunma becerisi ve yeteneği sahip olur.
- İnsanlar kendilerinden beklenenleri yerine getirme konusunda organizasyon tarafından desteklenir.
- Nasıl bir performans ortaya koyduklarını anlarlar (feedback).
- Katkılarından dolayı adil bir şekilde ödüllendirilirler.

Moran'a göre (2013: 19), ilk olarak özel sektörde uygulanan performans yönetimi ile organizasyon karını en üst düzeye çıkarmayı amaçlandığından yönetici müşteri yaklaşması söz konusu olmaktadır. Buna rağmen, kamu hizmet sunucularının hizmetten faydalananların beklentilerine karşılık vermek amacıyla strateji geliştirip aynı kalitede mal ve hizmeti uzun vadede üretebilmeleri karmaşık yapılarıyla uyuşmamaktadır.

2.3.Performans Yönetimi Sistemi

Barutçugil (2015: 125) performans yönetim sistemini: "Gerçekleştirilmesi beklenen organizasyonel amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın organizasyonda yerleşmesi, çalışanların bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ya da ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir." şeklinde açıklamıştır.

Performans yönetimi sistemi, performans değerlendirme kavramını dinamik bir süreçte incelemek suretiyle çalışanların performanslarını değerlendirme, planlama ve geliştirmeyi hedefleyerek konuya daha geniş bir perspektiften bakan örgütsel bir süreci ifade etmektedir (Uyargil, 2017: 2).

Performans yönetimi sistemi; personel planlama, eğitim ihtiyacının belirlenmesi, ücret yönetimi, kariyer geliştirme sistemi, rotasyon, iş zenginleştirme, sözleşme yenileme veya işten çıkarma ve stratejik planlama alanlarında kullanılmaktadır (Öz, 2019).

Tutarlı bir performans yönetim sistemi, organizasyonun tüm yönlerini kapsayan, bir bütün olarak organizasyonu ele alan bir sistem anlamına gelmektedir. Performans yönetim sisteminin yapısı ve işleyişini bütünsel olarak ele alınmalıdır. Yönetim kontrol sistemi, performans ölçüm sistemi ve performans yönetimi sistemi literatürde kullanılan üç önemli terim olmakla beraber bir bakış açısına göre bu terimler performans göstergelerini bulundurdıklarından dolayı sistem türü önemsizdir. Başka bir bakış açısına göre ise performans yönetim sistemi, performans

verimliliğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi için ihtiyaçları barındıran mükemmel bir modeldir (Korenkova, Zavadsky ve Lis, 2019: 52).

Performans yönetim sistemi, doğru yetenekleri işe almaya ve organizasyon içerisinde doğru işe yerleştirmeye, böylece rekabetçi ortamda rekabet etmeye yardımcı olmaktadır. Etkili bir performans yönetim sistemi, her çalışanın tam olarak organizasyondaki rolünün farkında olmasını, işlerini hevesle kabul etmelerini ve hedef belirleme sürecine etkin bir şekilde katılmalarını gerektirmekte olup (Awan, Habib, Akhtar ve Naveed, 2020:1), kendilerinden hangi çıktıların beklendiğini, organizasyonun vizyon, misyon ve stratejilerine ulaşması için hangi temel rolü oynadıklarını anlamaları durumunda organizasyona olan katkıları maksimize olabilecektir (Sharma, 2018: 253).

Performans yönetimi sistemi, performans değerlendirme çalışmalarını da kapsayan daha geniş çaplı bir süreçtir. Performans yönetimi sistemi ile içinde bulunulan konumdan daha ileri noktaya ulaşmak amacıyla bireysel ve kurumsal gelişime önem verilmektedir. Yönetici ve çalışanlar arasında iletişimin etkili olduğu bu sistem ile amaçlara ulaşılması için ortak hedeflere odaklanma ve motivasyonun artırılmasına yönelik çabaları içermektedir.

2.3.1. Performans Yönetimi Sisteminin Amaçları

Performans yönetimi sistemi içerisinde çalışanların önemi çok büyüktür. Çalışanların gerek bireysel anlamda gerekse takım halinde gelişimini sağlamak, böylece işletme süreçlerinin ve kişisel bilgi ve becerilerin daha ileri noktaya taşınması bu sistemin en genel amacıdır (Karahana ve Özgür, 2011: 39).

Bir organizasyon açısından amaçlara ulaşabilmek organizasyon bölümlerinin ve çalışanlarının tamamının katılımı ile dengelenmiş hedefler doğrultusunda optimal performansın sarf edilmesine bağlıdır. En üst düzeyde performans sarf edilerek yapılan çalışmalarla başarıya ulaşmak hedeflenmektedir (Işığışık, 2008: 3).

Organizasyonların daha etkin çalışmasını amaçlayan performans yönetimi sisteminde ücretlendirme, yükseltme, transfer gibi yönetsel kararların oluşmasını sağlayan yönetsel amaçlar bulunmaktadır. Kariyer planlaması, eğitim ve geliştirme

programlarının hazırlanması, danışmanlık ve rehberlik desteğinin sağlanması gibi hususlar ile geliştirmeye yönelik amaçlar bulunmaktadır. Ayrıca iş tatmini ve motivasyon düzeyinin belirlenmesinde, geleceğe yönelik hedeflerin belirlenmesinde, performansı etkileyen faktörlerin saptanmasında, çalışan performansı ve organizasyonun amaçlarının ne denli ilişkili olduğunun belirlenmesinde ise araştırmaya yönelik amaçlar söz konusudur (Barutçugil, 2015: 126).

Performans yönetimi sisteminin amaçları arasında (Uyargil, 2017: 4):

- Organizasyonel hedeflerin tanımlanmış bireysel hedeflere dönüştürülmesi,
- Hedeflere ulaşılması amacıyla performans kriterlerinin belirlenmesi,
- Belirlenmiş ölçümleme kriterleri doğrultusunda çalışanların zamanında ve adil bir şekilde değerlendirilmesi,
- Kişiden beklenen performans sonuçları ile ulaşılan başarının ölçülmesi için performansı değerlendiren ile performansı değerlendirilen arasında etkin bir iletişimin olması,
- Performansın geliştirilmesi amacıyla yönetici ve çalışanların birlikte hareket etmesi,
- Çalışanların başarılarının tanınması ve ödüllendirilmesi,
- Organizasyonun güçlü ve zayıf yönlerinin analiz edilmesi,
- Çalışanların işlerinin değerlendirilerek geri bildirim yoluyla motivasyonlarının yükseltilmesi,
- Eğitim ve kariyer planlama çalışmaları için yönetime gerekli bilginin sağlanması yer almaktadır.

Işığışık (2007:4) ise organizasyonların performans yönetim sistemine geçmelerinde rol oynayan faktörler ve performans yönetim sisteminin amaçları arasında şunları saymıştır:

-İş dünyasındaki gelişmelere ayak uydurmak, iç müşteri kavramını yerleştirerek takım çalışmasını geliştirmek, müşteri odaklı bir kültür yaratmak ve sürekli gelişme felsefesine katkı sağlamak,

-Örgütün yakın gelecekteki vizyonunu sağlamak ve arzu edilen örgüt kültürünün gelişimine katkı sağlamak

-İşgücü planlaması için personel envanteri hazırlamak, organizasyonel ve kişisel hedeflerin entegrasyonunu sağlayarak iş ilişkilerini geliştirmek ve öğrenen organizasyon felsefesine katkı sağlamak,

-Yılda bir kez subjektif değerlendirme yerine, yıl (dönem) boyunca sürekli ve objektif bir değerlendirme ile çalışanların zayıf veya gelişmeye açık olduğu yönleri ile kuvvetli olduğu yönlerini belirlemek, yeteneklerini geliştirmek, iş memnuniyetini arttırmak, yaratıcılıklarını ve tüm potansiyellerini kullanma olanağını sağlamak,

-Çalışanların şirket hedefine katkıları oranında ücret, prim, ödüllendirme, onurlandırma, cezalandırma, gelişme, terfi, nakil ve eğitim vb. insan kaynakları sistemlerine bilgi (girdi) sağlamak.

Özet olarak performans yönetimi sisteminin amacı, bireysel performansın belirlenmiş kriterler çerçevesinde, zamanında ve adil bir şekilde değerlendirilmesi, taraflar arasında etkin bir iletişim sağlanarak bilgi alışverişinin sağlanması ile organizasyonel yapının ve bireysel performansın daha ileri seviyelere taşınması hedeflenmektedir.

2.3.2. Performans Yönetimi Sisteminin Temel Unsurları

Uyargil (2017: 5), performans yönetimi sisteminin amaçlarında belirtilen kriterlerin somut organizasyonel faaliyetlere dönüştürüldüğünde, performans yönetimi sisteminin birtakım unsurlar taşıyacağını belirterek, bu unsurları şu şekilde açıklamıştır:

-Bireysel performansın örgütsel hedefler doğrultusunda planlanması ve bunun dönem başında çalışan ile yöneticisi arasında gerçekleşen hedef belirleme görüşmeleri yolu ile yapılması,

-Gerekli kriterler belirlendikten sonra bireysel performansın değerlendirilmesi (Performans değerlendirme yöntemlerinin seçimi),

-Seçilen yöntemler doğrultusunda performansın gözden geçirilmesi için değerlendirme formlarının önceden belirlenen ilkeler doğrultusunda doldurulması ve performansın değerlendirilmesi,

-Değerlendirme görüşmeleri yapılarak değerlendirilen bireye performansına ilişkin geri-besleme yapılması ve zayıf yönlerini geliştirmesi amacıyla yönlendirilmesi,

-Performans değerlendirme ile ulaşılan sonuçlar doğrultusunda bireye ilişkin cretlendirme, terfi, kariyer geliştirme, eğitim vs. karar alma süreçlerinde yararlanılması sayılmıştır.

İnsan kaynakları yönetimi işlevleri ile performans yönetimi sisteminin temel unsurlarının uyum içinde çalışması sistemsal başarıyı sağlayacaktır. Aynı zamanda işletme yönetimi tarafından sonuçların analiz edilmesi ve daha iyi sonuçlar elde edilmesi amacıyla performans iyileştirme çalışmalarının yapılması da işletmenin başarısına iyileştirici etki sağlayabilecektir.

2.4.Performans Değerlendirme Kavramı

Performans değerlendirme, insan kaynakları yönetiminde önemli bir yere sahip olmakla beraber, belirlenen örgütsel hedefler doğrultusunda bireylerin belli bir zaman dilimi içerisinde elde ettikleri sonucun değerlendirilmesi, ücret belirleme, terfi gibi alanlarda kullanılan bir yöntemdir. Adil, sürekli, kapsamlı, geliştirici, motive edici, geçerli, güvenilir ve çalışanın katılımına olanak sağlayan bir değerlendirme sisteminin olması etkili sonuçlara ulaşmayı sağlayacaktır. Değerlendirme, eldeki veriler doğrultusunda, adalet ilkesi gözetilerek ve objektif bir şekilde yapılmalıdır (Tunçer, 2013: 89).

Maliye Bakanlığı Performans Esaslı Bütçeleme Rehberi'nde (2004: 9) performans değerlendirme: “Kamu idarelerinin belirledikleri stratejik amaç ve hedeflere ulaşmak için izledikleri yolun, performans hedeflerine ulaşmak üzere kullanılan yöntemler ile yürütülen faaliyet ve projelerin ve bunların sonucunda elde edilen çıktı ve sonuçların değerlendirilmesidir.” şeklinde tanımlanmaktadır.

Performans değerlendirme bireyin görevdeki başarısını, işteki davranışlarını, ahlaki durum ve özelliklerini bir bütün olarak ayrıntılı bir şekilde ele alan, bireyin örgütsel başarıya ne denli katkıda bulunduğunu değerlendiren hangi pozisyonda çalışsa çalışsın bireylerin eksikliklerinin, yeterli ve fazla oldukları taraflarının, çalışmalarının her açıdan değerlendirildiği planlı bir araçtır (Tengilimoğlu vd., 2018:402).

Bireyin belirlenen bir zaman dilimi içerisinde kendisine verilen görevleri yerine getirmesi ve belirlenen hedeflere ulaşması hususunda ortaya koyduğu başarının kasıtlı bir şekilde değerlendirilmesini içeren bir süreçtir. Bu durum performans değerlendirme uygulamalarının kasıtlı olması ve tesadf olmaması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu açıdan performans değerlendirmede bireyin görevlerini yerine getirirken ne yaptığını tespit etmek sistemli ve ciddi bir yaklaşım gerektirmektedir (Obisi, 2011: 93).

Birey ve örgüt arasında olması muhtemel uyumsuzluğu tespit etmek böylece örgütün çalışmasını aksatabilecek yahut bozabilecek durumları önlemek için bireysel iyileştirmeyi sağlamak, birey ve örgüt arasında enste düzeyde uyum sağlamak performans değerlendirmesinin önemini ortaya koymaktadır (z, 2019: 4).

İnsan kaynaklarını yönetme noktasında merkezi bir rol oynayan performans değerlendirme, çalışanın içindeki seviyesini değerlendirmek ve geri bildirim yoluyla gelişimini sağlayacak bir yöntem ve süreci içermekle beraber (Van Dijk ve Schodl, 2015: 716), çalışanın sadece verimlilik konusunda bilgilendirilmesini sağlamakla kalmamakta aynı zamanda çalışanın ileride harcayacağı çabayı ve mesleki yönelimini de etkilemektedir. Çalışanın görevde yükseltilmesi, görevlerinin yeniden tanımlanması,ücretlendirilmesi ve işten çıkarılması gibi yönetsel kararlar performans değerlendirmenin en yaygın kullanım alanları arasında yer almaktadır. Performans değerlendirme çalışanların güçlü ve zayıf yönlerinin tespitinde ve bireysel ve örgütsel anlamda eğitim ve geliştirme politikaların belirlenmesinde kullanılabilmektedir. Aynı zamanda çalışanların tutum ve davranışlarında, alışkanlıklarında veya bilgi düzeylerindeki değişiklik ve gelişmeler konusunda geri besleme sağlanması ile performans gelişimi desteklenmektedir (Barutçugil, 2015: 180).

Çalışana geri bildirim yapılması ile bireysel gelişmeyi sağlamak ve örgütsel amaçlara ulaşmak performans değerlendirmenin önemini ortaya koymaktadır. Performans değerlendirmenin objektif ve adil bir şekilde yapılması örgütsel hedeflere ulaşmayı kolaylaştıracağı gibi eksikliklerin tespit edilmesinde ve giderilmesinde etkili olacaktır. Performans değerlendirme bir süreç olmakla birlikte performans yönetimi sisteminin bir aşamasıdır. Performans değerlendirme sürecinde organizasyonel hedeflere ulaşmak için yöneticiler tarafından çalışanların değerlendirilmesi ve geri bildirim suretiyle performans iyileştirilmesi yapılırken, performans yönetim sistemi ise yöneticilerle çalışanlar arasındaki iletişim ve yönetim süreçlerine odaklanmakla beraber ücretlendirme, yükseltme, transfer gibi yönetsel kararlar, kariyer planlaması, eğitim ve geliştirme programlarının hazırlanması, danışmanlık ve rehberlik desteğinin sağlanması gibi geliştirmeye yönelik amaçlar ve iş tatmini ve motivasyon düzeyinin belirlenmesinde, geleceği yönelik hedeflerin belirlenmesinde, performansı etkileyen faktörlerin saptanmasında, çalışan performansı ve organizasyonun amaçlarının belirlenmesinde kullanılan performans değerlendirme sistemini kapsayan bir süreç olduğu sonucuna varılmaktadır.

Performans değerlendirme süreci ile performans yönetimi sisteminin işlevsel açıdan farkları tablo 2.3'teki gibi belirtilebilir:

Tablo 2.3: Performans Değerlendirme ile Performans Yönetimi Sisteminin İşlevsel Açıdan Farkları.

Performans Değerlendirme	Performans Yönetim Sistemi
1.Performans hedefine ihtiyaç duymaz. Sübjektif kriterlerden oluşur.	1.Anlaşmaya varılmış performans hedefleri bulunmaktadır.
2.İhtiyaç duyulan eğitimlerin tartışması yapılmaz.	2.Planlama toplantısında ihtiyaç duyulan desteğin ve eğitim ihtiyaçlarının tartışılması yapılır.
3.Yılda iki görüşme ile sınırlıdır.	3.Gerektiğinde geri bildirim ve yönlendirme
4.Anı ve anlık iletişim.	4.Sürekli iletişim.
5.Değerlendirmeler bazen gizli yapılır.	5.Açık ve şeffaf bir sistem
6.Değerlendirmenin nasıl kullanılacağına bilinmemesi.	6.Değerlendirmelerin nerede ve nasıl kullanılacağına net bir şekilde bilinmesi.
7.Değerlendirme ile ilgili yorum yapılamaz.	7.Çalışan kendi performansı ile ilgili değerlendirmeye yorum getirebilir.
8.Çalışana odaklanır.	8.Performansa odaklanır.
9.İnsan kaynakları sistemi olarak görülür.	9.Yönetim sistemi olarak görülür.
10.Kontrol etme dengeleme noktaları yoktur.	10.İç ve dış uyum için sürekli kontrol edilir. Yanlış tespit edildiğinde doğrulama yapılır.

Kaynak: (Dışkaya, 2006:82).

2.4.1. Performans Değerlendirmenin Amaçları

Performans değerlendirmede çalışanların iş performansları hakkında bilgi edinildiği gibi iş tanımları ve iş analizlerinde belirlenen standartlara ne kadar uydukları ve belirlenmiş hedeflere bireysel olarak ne kadar ulaştıklarını tespit etmek amaçlanmaktadır (Karahan ve Özgür, 2011: 61).

Tengilimoğlu vd. (2018: 403) ise performans değerlendirmenin amacını, çalışanlar tarafından örgütsel hedeflerin anlaşılması ve bu hedeflerin benimsenmesini

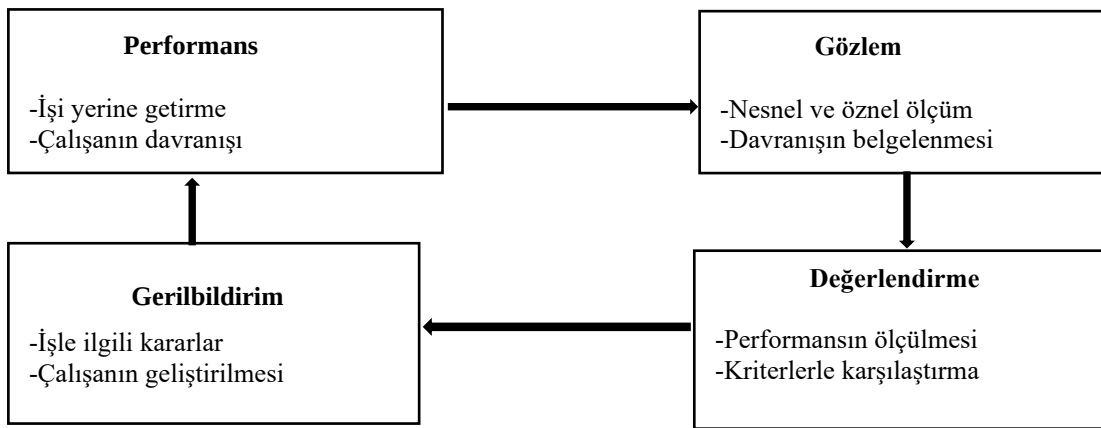
sağlamakla beraber hedeflerin asgari düzeyde yerine getirilmesini sağlamak ve çalışılabilir, durağan bir yapıdan uzak mutlu bir çalışma ortamının muhafaza edilmesi şeklinde açıklamıştır.

Performans değerlendirme ayrıca, belirli yeterlilik seviyeleri için ücret seviyelerini tespit etmek ve personelin optimum verimlilik seviyesine ulaşması için çabalamasını teşvik etmek amacıyla kullanılabilir. Rütbe düşürme, işten çıkarma veya diğer düzeltici eylemleri uygulamak için de kullanılabilir. Etkili bir performans değerlendirme sistemi, organizasyonun hedeflerine ulaşmasına yardımcı olmakta ve personel gelişimini iyileştirilmiş iletişim yoluyla amaçlamaktadır. Çalışanların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi ile gizli yetenekleri keşfetmek de bu yöntemin amaçları arasında sayılabilmektedir. (Huang, Huang, Chen ve Yien, 2011: 272).

2.4.2. Performans Değerlendirmenin Süreci

Performans değerlendirme, çalışanların belli bir zaman dilimi içerisindeki bireysel başarısını, örgütün amaçlarına ne derece katkıda bulunduğunu tespit eden ve görevlerindeki tutum ve davranışlarını ele alan bir süreçtir. Bu sürecin işleyebilmesi için sürecin başlatılması ve birtakım ön hazırlıkların yapılması gerekmektedir. Planlanmadan başlatılan performans sürecinden istenilen sonuç alınamayacağından, belli hazırlıklar kapsamında yapılacak çalışmalar daha etkin olacaktır.

Tablo 2.4: Performans Değerlendirme Süreci.



Kaynak: (Karahane ve Özgür, 2011: 62).

Tablo 2.4 incelendiğinde performans değerlendirme sürecinin bir döngü halinde devam ettiği anlaşılmaktadır. Çalışanın iş yerindeki davranışı, davranışın belgelenmesi amacıyla öznel ve nesnel gözlemler yapılması, performansın belli kriterlerle karşılaştırılarak değerlendirilmesi ve çalışanın geliştirilmesi amacıyla geri bildirim yapılması süreklilik arz eden aşamalardır.

Performans değerlendirme süreci sürekli ve sistematik bir döngüye sahip olmakla beraber üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; iş analizi, hedef belirleme ve yetkinliklerin belirlenmesini kapsayan planlama süreci, bireylerin gelişim ve eğitimini hedefleyen yönlendirme (rehberlik) süreci ve iş başında çalışanın göstermesi gereken davranışları yapıp yapmadığını saptamak üzere belli aralıklarla yapılan değerlendirme sürecidir. Performans değerlendirme sürecinin başarılı olması yönetim tarafından desteklenmiş başarılı bir planın yapılması, yönlendirme ve değerlendirme süreçlerinin uygulanması ile mümkündür (Karahana ve Özgür, 2011: 63-68).

Performans değerlendirme sürecinin etkin işlemesi belli aşamaların olması ile mümkündür. Bu aşamalar; performansı ölçmek amacıyla standartlarının belirlenmesi, değerlendirmeyi yapacak kişi yahut kişilerin seçilmesi, değerlendirmenin en uygun zamanda yapılması, değerlendirme görüşmesi ve geri bildirimdir (Karahana ve Özgür, 2011: 68).

Değerlendirme süreci içerisinde yer alan bu aşamalar performansın doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve bu kararların doğru alanda kullanılması büyük önem taşıdığından insan kaynakları yöneticileri bu konuda önemli sorumluluk sahibi olduklarının bilincinde olmalıdır.

2.4.3. Performans Değerlendirmenin Yararları

Performans değerlendirmenin belli bir plan dahilinde yapılması halinde yöneticiye, astlara (çalışana) ve örgütsel yapıya yararları bulunmaktadır.

Performans değerlendirme denetim amacının yanı sıra bireysel ve örgütsel gelişime katkısı olan bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Performans değerlendirmenin yararları şu şekilde sıralanabilir (Gazi, 2006: 17-19):

Değerlendiren (Yönetici) açısından yararları: Örgütsel ve bireysel performansı yükseltmesi, etkili iletişimi sağlaması, personelin güçlü ve zayıf yönlerinin analizini yapması, personelin gelişmesi için eğitim konusundaki eksiklikleri gidermesi, yetki devrini arttıran noktaların öğrenilmesi, değerlendirme yapabilmek ve düzeltici önlemler alabilmek için fırsat sağlaması, iş doyumunu arttırmaya ve çalışanın işyerindeki tutumu konusunda bilgi sağlaması, yöneticilik yeteneğini gösterme imkanı vermesi yönetici açısından performans değerlendirmenin yararları arasında yer almaktadır. Değerlendirilen (Astlar) açısından bakıldığında ise çalışanın iş yerindeki rolünü tespit etmesi ve buna açıklık kazandırması, çalışanlar arasındaki bağı güçlendirmesi, yapılan iş sonucunda iş doyumunu arttırması, çalışanın güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi, bireysel ve örgütsel hedefleri analiz etme olanağını sağlaması gibi yararları söz konusudur. Bireysel ve birim bazında performansı yükseltmesi, işten elde edilen kârlılık, verimlilik ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, personel devri konusunda eldeki verilerin daha geçerli hale gelmesi, eğitim bütçesinin yapılmasının kolaylaşması ve eğitimle ilgili çalışmaların değerlendirilmesi, kısa vadeli gereksinmelere uyarlama yeteneğini sağlaması, kurumsal motivasyonu sağlaması da performans değerlendirmenin örgüt açısından sağladığı yararlardır (Gazi, 2006: 17-19).

Görüldüğü gibi performans değerlendirmesi birçok açıdan yarar sağlamaktadır. Yönetici açısından bakıldığında gerek yapılan işin kalitesi gerekse de çalışanın performansı hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamakta, yönetici ve çalışanlar arasında iletişim kanallarını etkili kılmakta böylece bireysel ve örgütsel yapının iyileştirilmesi için yeni olanaklar sağlamaktadır. Performansın objektif kriterlerle ölçülmesi ve çalışana geri bildirimi ile çalışanın bireysel performansı hakkında bilgi sahibi olması bu vesileyle zayıf yönlerini güçlendirmesi ve motivasyonunun yükseltilmesi, becerilerin geliştirilmesi performans değerlendirmenin yararlarındandır. Aynı zamanda organizasyonun etkinliğini, hizmet üretimini, kârlılığını arttırmakla beraber iyi yönetilen bir insan kaynakları yapısını oluşturmakta ve bu yönde yapılan planlamaları olumlu yönde etkilemektedir.

2.4.4. Performans Değerlendirilmesinde Yapılan Hatalar

Performans değerlendirme yapılırken kullanılan tekniklerin seçimi yahut performansı ölçen yöneticilerin bazı durum ve olaylardan etkilenmesi veya kişilik özellikleri objektif ve güvenilir bir ölçüm yapılmasına mâni olabilecek hususları ortaya çıkarabilmektedir. Bu hususların oluşması sonucunda performans değerlendirme yapılırken hatalar ortaya çıkmakta ve değerlendirme sonucuna olan güven sarsılmaktadır. Yöneticilerin veya kurumların performans değerlendirme sistemine ön yargılı yaklaşım bürokratik bir işlem den ibaret görmeleri ve performans değerlendirmesi yaparken bu işlemi sadece bir prosedür olarak ele almaları, çalışanların kişilik özellikleri, ikili ilişkiler yahut yöneticilerin çatışmadan kaçınmak adına politik davranması da yanlış değerlendirmeler yapılmasına yol açabilmektedir.

Bu başlık altında, kişinin belleğinin zayıf olması yahut yaşadığı psiko-sosyal olayların etkisiyle genellikle farkında olmadan yaptığı değerlendirme hataları açıklanacaktır (Uyargil, 2017: 86).

1-Hale (Halo) Etkisi ve Horn (Boynuz Etkisi): Değerlendiricinin, çalışanın performansını değerlendirirken tek bir pozitif veya negatif yönünden etkilenerek değerlendirme yapmasıdır. Değerlendiricinin notu, ortaya konulan tüm performans için yüksek ya da düşük olma yönündedir. Etkinin pozitif yönde olması hale (Halo), negatif yönde olması ise horn etkisi olarak açıklanmaktadır (Çıta ve Keçecioğlu, 2015: 24).

Hale etkisi değerlendirici tarafından çalışan performansı ele alınırken çalışanın birbirinden bağımsız ve belirgin özellikleri arasındaki farkları ayırt edememesi ile oluşan değerlendirmedir. Çalışanın ilk izlenimde değerlendirici üzerinde bıraktığı olumlu yahut olumsuz etki, değerlendiricinin daha sonra vereceği kararları etkilemektedir. Olumlu izlenim bırakan çalışanın daha sonra yapacağı hatalar değerlendirici tarafından dikkate alınmamaktadır. Hale etkisini açıklayan başka bir durum ise değerlendiricinin, çalışanın performansının çok iyi yahut çok kötü olmasından etkilenerek değerlendirme yapması ve değerlendiricinin performans kriterleri arasındaki farkı algılayamamasıdır. Değerlendirme yapılırken yanlış kriterlerin seçilmesi hataların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Uyargil, 2017: 87).

Çalışanın birçok yönden başarılı olduğu halde tek bir yönde başarısız olması durumunda, başarısız olduğu tarafının ön plana çıkarılması horn (boynuz) etkisi olarak tanımlanmaktadır. Boynuz etkisinde değerlendirilen çalışan, sarf ettiği performansından daha düşük not almaktadır (Akçakanat, 2009: 48).

2-Belirli Derecelere/Puanlara Yönelme: Bazı değerlendiriciler çalışana performansının üstünde veya daha aşağısında not verebilmektedir. Bazen çalışanla çatışma isteğinden kaçınma, bazen değerlendiricinin koltuğunu korumak istemesi bazen de çalışan hakkında fazla bilgi sahibi olmaması yöneticiyi belli puanlar vermeye yönlendirmektedir.

Yüksek değerlendirme, değerlendiricinin çalışanın performansını olduğundan yüksek göstermesi için yapılan planlı bir değerlendirmedir. Yüksek değerlendirmenin yapılması organizasyonun amaçlarıyla bağdaşmamaktadır. Değerlendiriciyi yüksek puanlama hatasına yönlendiren nedenler arasında, bireyi veya grubun performansını daha yüksek göstererek çatışma ortamından uzak durmaya çalışması, çalışanları tarafından benimsenmek ve sevilme arzusu, çalışanlarını korumak ve daha başarılı olduklarını gösterme çabası, yüksek değerlendirmeyi motivasyon kaynağı olarak kullanması, şirketin düşük standartlara sahip olması gibi nedenler sayılabilmektedir (Özmen ve Üzmez, 2007: 23).

Düşük değerlendirme hataları arasında ise değerlendiricinin konumunu korumak isteği ve çalışanın başarısını ilerde kendisi için tehdit olmasını engelleme çabası, kendini çalışanlara zor beğenen, mükemmeliyetçi bir yönetici olarak kabul ettirme durumu, örgütün yüksek standartlara sahip olması gibi nedenler yer almaktadır. Değerlendiricinin çalışanları sadece yüksek veya düşük değerlendirme açısından puanlamak istememeleri durumunda ise orta puanlara yönelmelerine neden olmaktadır. Değerlendiriciler tarafından sıklıkla kullanılan bu duruma çalışanların tepkisinden kaçınmak ve değerlendirme merkezinde yer alan değerleri işaretlemek suretiyle puanlama yapılmasına neden olmaktadır (Aktaş, 2010: 68-69). Aynı zamanda değerlendiricinin çalışanlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ve orta düzey puanlama yapılmasının en risksiz yöntem olması da onları değerlendirme hatalarına yönlendirmektedir (Uyargil, 2017: 89).

3-Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme: Örgütler performans değerlendirmesini genellikle bir yıllık süreyi göz önüne alarak yapmaktadır. Bu süre zarfında, daha çok son birkaç ay içerisinde vuku bulan olaylar üzerinden değerlendirme yapılmakta daha öncekiler unutulmaktadır. Değerlendirmenin bu şekilde yapılması tüm performans dönemini kapsamadığından gerek performansın sürekliliği ilkesi ile ters düşmesi gerekse de değerlendirmenin hangi ölçüde gerçeği yansıttığının tartışma konusu olması söz konusu olmaktadır. Bu nedenlerle yakın geçmişten etkilenen değerlendiriciler hatalı değerlendirme yapabilmektedirler (Bakan ve Kelleroğlu, 2003: 81).

Değerlendirici çalışanın performansını değerlendirirken yalnızca dönem sonundaki çalışmalarını değil tüm süreci kapsayan performansını göz önüne alarak değerlendirme yapmalı, bunu sağlamak amacıyla çalışan hakkında tutacağı notlar ile daha güvenilir bir değerlendirme olanağı elde etmelidir.

4-Kontrast Hatası: Değerlendirici çalışanlarının performansını kısa bir süre zarfında art arda değerlendirdiği zaman kişileri birbirleriyle karşılaştırarak karar verebilmekte bu durum ise objektif standartlardan ve adaletli davranmaktan uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Başka bir ifadeyle kontrast hatası her çalışanın, kendinden önceki çalışana verilen puandan etkilenmesi sonucunda objektif kriterlerin göz ardı edildiği bir değerlendirme hatasıdır. Bu şekilde yapılan değerlendirme hatalarını önlemek için çalışanların başarılı yahut başarısız gruplar halinde değil de rastgele değerlendirmeye tabi tutulması daha objektif sonuçlar alınması adına önerilmektedir (Uyargil, 2017: 91).

5- Kişisel Ön Yargılar: Performans değerlendirme yapılırken değerlendirici tarafından kişisel ön yargılar etkisinde değerlendirme yapılması ilişkilerden kaynaklanan ön yargılar ve kişilerin değer farklılıklarından kaynaklanabilir. Geçmişte değerlendirici ile değerlendirilen arasında problemlerin yaşanmış olması değerlendiricinin karar verme sürecine yansiyarak değerlendirme kararını etkileyecektir (Tengilimoğlu vd., 2018: 412).

Ayrıca yaş, cinsiyet, etnik köken gibi özellikler ve dini değerlere karşı ön yargının olması ve organizasyonda belli bir birim veya belli bir çalışan grubuna karşı ön yargılı olmak da performans değerlendirme sürecini etkileyebilmektedir. Sağlıklı bir değerlendirme yapılması için çalışanların bireysel performanslarının esas alınması kişisel ön yargılarla oluşacak hatalı değerlendirmeyi önlemek adına etkili olabilecektir (Uyargil, 2017: 91).

6-Pozisyondan Etkilenme: Yöneticilerin değerlendirme yaparken çalışanların yaptığı işin önem derecesine göre hareket etmeleridir. Performansın ön plana çıkarılmadığı bu değerlendirmede, kişinin pozisyonundan etkilenerek önemli işleri yapan çalışanlara daha yüksek performans değerlendirmesi yapılırken önemsiz gördükleri işlerde çalışanlar için ise daha düşük performans değerlendirmesine tabi olmaktadır. Bu hatanın önüne geçebilmek için çalışanların kendi görev tanımında bulunan başka çalışanlarla karşılaştırılarak değerlendirilmeleri daha doğru sonuçlar verecektir.

7- Atfetme Hataları: Freedman vd.'ne göre atfetme: “Bir gözlemcinin açık davranışa bakarak, bir aktörün veya kendisinin içsel durumu hakkında yaptığı bir çıkarsama”dır (Tengilimoğlu vd., 2018: 412). Çalışanın yaptığı işin istenilen düzeyde olmaması, performansının düşük olmasını kendisinden bilmek, başarılı performansa ulaşılmasını ise yönetimden kaynaklandığını düşünmek bu hatalara neden olmaktadır.

2.4.5. Performans Değerlendirmenin Yöntemleri

Performans değerlendirme, çalışana performansının hangi seviyede olduğunu göstermenin yanı sıra çalışanın işyerindeki davranışları, tutumları, iş bilgileri ve becerileriyle ilgili ihtiyaç duyulan değişiklikleri bildirme ve değerlendiricinin çalışanlara önerilerde bulunarak onları çalışmaya teşvik etme yöntemlerinden oluşur (Aksoy, 2001: 11).

Performans değerlendirmesinde kullanılacak yöntemlerin kendine özgü özelliklerinden dolayı olumlu yahut olumsuz tarafları mevcuttur. Her örgüt aynı ölçme yönteminden aynı derecede randıman elde edememektedir. Seçilen bir yöntem bir

örgütün birçok amaçlarını ölçmeye yönelik özellikler içerirken başka bir örgüt için aynı beklentileri karşılamayabilmektedir (Bazğan, 2018: 29).

Örgütlerin hedeflerine ulaşmalarını sağlayacak önemli kararlardan biri de amaçlarına yönelik olarak seçilebilecek etkili bir performans değerlendirme yönteminin tercih edilmesidir.

Performans değerlendirme yapmak için farklı yöntemler ve yaklaşımlar geliştirilmiştir. Performans değerlendirme yöntemleri, bu yöntemlerin ilki sayılan klasik yöntemler ile uygulamada karşılaşılan sorunları çözmek, nesnel değerlendirmeler yapmak için kullanılan modern yöntemlerden oluşmaktadır (Barutçugil, 2015: 187). Performans değerlendirme yapılırken bilimsel ölçütler baz alınarak ölçme işlemi evrensel geçerliliği olan yöntemlerle yapılmalıdır. Örgüt yapısı, çalışanların niteliği, amaçları ve konuya verdikleri öneme göre değerlendirme yöntemi veya yöntemleri seçilmektedir (Çelik, 2013: 53).

Performansın hangi düzeyde olduğu, işin nasıl yapıldığı, misyona ne kadar uyum sağlandığı, işletme vizyonuna hangi oranda yaklaşıldığını belirlemek için performans ölçütlerinin uygun seçilmesi, yöneticilere uzun dönemli bir bakış açısı kazandırmakla beraber örgüt kaynaklarının paylaşımı ile etkili gelişim sağlamaktadır (Ünal ve Kulakaç, 2019: 19).

Örgütler ihtiyaçları doğrultusunda performans değerlendirme yöntemlerini seçmekte olup örgüt kültürü ve gereksinimleri hangi yöntemin seçileceğini etkilemektedir. Performans değerlendirmede hangi yöntemin kullanılacağı konusuna karar verirken daha etkili ve başarılı olmak için; hangi yöntemin neleri ölçebileceği, yöntemin yapısının anlaşılması ve hangi yöntemin hangi sorunlara neden olacağı konusunda doğru analizin yapılması, örgüt yapısı ile personel politikalarının seçilen yöntemle uyumlu olması, değerlendirici ve değerlendirilen tarafından kullanılacak yöntemin benimsenmesi hususları dikkate alınarak seçilen yöntemlerle gerçekçi sonuçlar elde edilecektir (Bakan ve Kelleroğlu, 2003: 113).

Organizasyonların kullandıkları performans değerlendirme yöntemlerini üç ana başlık altında ele alarak aşağıdaki gibi açıklayabiliriz (Barutçugil, 2015: 188).

2.4.5.1. Kişiler Arası Karşılaştırmaya Dayalı Yöntemler

Kişiler arası karşılaştırmaya dayalı yöntemlerde, çalışanlar birbiriyle karşılaştırılarak terfi veya ödüllendirme yapılması durumunda çalışan performanslarının karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Birbirinin yerini alma, ikili karşılaştırma ve zorunlu dağılım olmak üzere üç farklı yöntemden oluşmaktadır (Demir, 2006: 59). Kişiler arası karşılaştırma yöntemlerinde amaç, karşılaştırmanın nesnel bir şekilde yapılmasını sağlamaktır (Uyargil, 2017: 44).

Birbirinin yerini alma yönteminde, sınıflandırılacak çalışanların isimleri sayfanın sol tarafına liste halinde yazılmaktadır. Daha sonra değerlendirici tarafından, listeden en değerli çalışan belirlenip sayfanın sağ tarafına ilk sıraya yazılmaktadır. Listedeki en az değerli çalışan da belirlenerek sayfanın sağ tarafına en alt sıraya yazılmaktadır. Bu işlem listede yer alan tüm çalışanlar için tekrarlanır. Oluşturulan liste ile en değerlisinden en az değerlisine kadar tüm çalışanlar sıralanmış olur (Demir, 2006: 59). Değerlendirmede yer alacak nitelikler belirlendikten sonra en başarılıdan en başarısız doğru yapılan bu sıralama yöntemin kolay uygulanması, maliyetinin az olması ve kısa sürede uygulanabilmesi söz konusudur (Tengilimoğlu vd., 2018: 408).

İkili karşılaştırma yöntemi, bir çalışanın başka bir çalışanla karşılaştırılması ile yapılan yöntemdir. Karşılaştırılması yapılan çiftlerin isimleri karta yazılarak karşılaştırma sonucunda başarılı olan çalışanın isminin yanına işaret koymak suretiyle, nihayetinde en çok işareti alandan en az işareti alan çalışana doğru sıralamanın yapılmasıdır. Birbirinin yerini alma yöntemiyle karşılaştırıldığında daha objektif sonuçlara ulaşmak söz konusudur (Üzüm ve Uçkun, 2018: 259).

Günümüzde oldukça kısıtlı bir şekilde kullanılan birbirinin yerini alma ve ikili karşılaştırma yönteminde çalışanlar arasında sıralama yapılırken birkaç kriter kapsamında değerlendirme yapıldığı görülmekteyse de daha çok çalışanın başarısı, organizasyona katkısı veya organizasyon için taşıdığı değer gibi tek bir kriter çerçevesinde değerlendirme yapılmaktadır. Çalışanların pozisyonları ve unvanları göz ardı edilerek birbirleriyle karşılaştırılıyor olmaları pozisyondan etkilenme hatasına

neden olacağı gibi nesnel ölçütler kapsamında değerlendirme yapmayı zorlaştıracaktır (Tengilimoğlu vd., 2018: 409).

Zorunlu dağılım yöntemi ise normal dağılım eğrisinin özellikleri kullanılarak oluşturulmakta, personelin belirli yüzdeler arasında gruplandırılmasını öngören ve terfi etmesi açısından gerekli yetenek ve özellikleri taşıyıp taşımadıkları hususunun değerlendirilmesi açısından kullanılan yöntemdir (Tengilimoğlu vd., 2018: 409)

Değerlendiricinin çalışanı değerlendirirken personelin az veya çok uyduğu davranışları seçmesi sonucunda hangi ifadenin ne kadar puana denk geldiğini bilmeden değerlendirme yapması zorunlu dağılım yönteminin özelliğidir. Değerlendiricinin görevi sadece çalışan hakkında bilgi vermektir. Bu yöntemin olumlu yanı, çalışan için yapılan puanlamanın çalışanın yöneticisi tarafından değil de bir insan kaynakları çalışanı tarafından yapılmasıdır. Bu şekilde bir puanlama ile yöneticilerin subjektif karar vermeleri önlemiş olur. Bunun yanı sıra, yöneticilerin kendilerine güvenilmediği düşüncesine kapılması, değerlendirme formlarının hazırlanmasının fazla zaman alması ve maliyetli olması bu yöntemin olumsuz taraflarını oluşturmaktadır (Özmen ve Üzmez, 2007: 18).

2.4.5.2. Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yöntemler

Ortak performans kriter ve standartlarına dayalı yöntemler, her çalışanın kendi iş tanımının içerdiği görev ve sorumluluklar içerisinde ele alınması ile diğer çalışanlardan bağımsız olarak değerlendirilmesidir. Duruma göre tüm çalışanları kapsayan veya belirli iş grupları için ortak olarak kullanılan bu yöntemlerde değerlendirme birden fazla kriter çerçevesinde yapılmaktadır (Barutçugil, 2015: 190). Kritik olaylar değerlendirmesi, grafik değerlendirme ölçekleri, kontrol (işaretleme) listesi, zorunlu tercih sınıflaması, davranışsal temellere dayalı dereceleme ölçekleri bu yöntemler arasında sayılmaktadır.

Kritik olaylar değerlendirmesi yöntemi, 1947’de Fitts ve Jones tarafından, uçak aletlerinin okunması ve yorumlanmasındaki pilot hatası deneyimlerini sınıflandırmak için resmi kodlama olarak kullanılmıştır. Fitts ve Jones, “kritik olaylar” yerine “hatalar” terimini kullanmıştır. John Flanagan’ın 1954’teki çalışmasında, “Kritik Olay

Tekniği” başlığının yayınlanmasının ardından dönüm noktası olan kritik olay tekniği haline gelmiştir (Aggarwal ve Thakur, 2013: 617). II.Dünya Savaşı zamanında ABD hava kuvvetleri personelinin başarısını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen kritik olaylar karşısında nasıl davrandıklarının gözlemlenmesi neticesinde kritik olaylar listesi oluşturulmuştur (Aktaş, 2010: 51).

Kritik olaylar değerlendirme yöntemi kullanılırken değerlendirmeye tabi olacak çalışanın başarısını ya da başarısızlığını gösteren ilginç olaylar, değerlendirme yapılan dönemde bir forma kaydedilmektedir (Tunçer, 2013: 98). Değerlendirici, çalışanın görev esnasındaki davranışlarını sistemli bir şekilde izleyerek bu davranışları olumlu ve olumsuz etkileyecek eylemleri kayıt altına almaktadır. Uzun bir izleme sürecini gerektiren bu yöntemde kişinin performansını etkileyen kritik olaylar değerlendirici tarafından kaydedildikten sonra elde edilen verilerin analizi yapılmaktadır (Üzüm ve Uçkun, 2018: 260). Bu yöntemde, kişisel özellikler (dikkat, işe bağlılık, dürüstlük vs.) değil, spesifik davranışlar dikkate alınarak değerlendirme yapıldığından çalışanın kendisini geliştirmesi amacıyla yapılacak geri besleme daha kolay olmaktadır. Kısıtlı bir şekilde kullanılan bu yöntem, çalışanın kendisini sürekli değerlendirici tarafından gözlemleniyor algısına neden olacağından kendini baskı altında hissederek daha tedirgin olmasına neden olabilmektedir. Etkililiği tam olarak belirlenemeyen bu yöntemde çalışanlar arasında farklılıkları ortaya koyarak değerlendirme yapmak kolay olmayacaktır (Uyargil, 2017: 54).

Grafik değerlendirme ölçekleri, kişiyi işinin kalitesine göre değerlendiren bir yöntemdir. Değerlendirme kişiliğin bir özelliğini merkeze alarak yapılabilmektedir. Her çalışan için yapılan değerlendirme, hazırlanmış basılı formlar kullanılarak yapılmaktadır. Bu formlar, kişiliğin performans kriterlerinin bir listesini içermekte ve her kriter için puanlama yapılmaktadır (Rajitha vd., 2019: 74). Çalışanların kişilik özellikleri, işe ilişkin davranışları ve yaptığı işin çıktıları olmak üzere üç kriter esas alınarak değerlendirici tarafından yapılan bu değerlendirme gerek sayısal değerleri gerek yazılı tanımlamayı içeren ve çalışanın çalışma miktarını, güvenilirliğini, iş bilgisini, devamlılığını, çalışma titizliğini ve iş birliği eğilimlerini kapsayan bir yöntemdir. Kolay düzenlenmesinin yanı sıra elde edilen sonuçların puanlarla ifade

edilmesi en fazla tercih edilen yöntemler arasında yer almasını sağlamaktadır (Barutçugil, 2015: 191).

Bunlara karşın, değerlendirmede kullanılacak sayısal ya da yazılı tanımlamalar değerlendiriciler açısından farklı anlamlar ifade edebilmektedir. Ayrıca değerlendiricinin, çalışanların daha çok tek bir özelliğinin etkisinde kalması böylece diğer özelliklerini değerlendirirken de aynı şekilde not verme eğiliminde olması bu yöntemin güvenilirliğini sarsmaktadır (Aktaş, 2010: 51).

Kontrol (işaretleme) listesi yönteminde, değerlendirmesi yapılacak çalışanların taşıdıkları nitelikler ve sergiledikleri davranışlarının “evet” veya “hayır” cevaplarına karşılık gelecek şekilde çok sayıda tanımlayıcı ifadenin yer aldığı bir liste hazırlanmakta ve her soruya ayrı değerler verilebilmektedir (Barutçugil, 2015: 191). Kritik olaylar yönteminin daha geliştirilmiş bir tasarımı olan bu yöntemde, değerlendirici, oluşturulan listede yer alan çok sayıda ifadeden çalışana en uygun olanlarını işaretleyerek elde ettiği olumlu veya olumsuz cümleler uzmanlar tarafından analiz edilmektedir. Bu yöntemde 100 üzerinden puanlama yapılabileceği gibi istendiği takdirde cümlelerin karşısında her zaman, bazen ve hiçbir zaman gibi ayrıştırılmış üçlü düzeyler oluşturulabilir (Akçakanat, 2009: 31). İnsan kaynakları bölümünde puanlama anahtarı bulunmakta olup değerlendiricinin objektif kriterlerden uzaklaşmaması adına soruların taşıdığı değerler hakkında bilgi sahibi olmaması gerekmektedir. Her iş kategorisi için farklı soru listelerinin oluşturulması, soruların değerlendiriciler tarafından farklı anlamlar taşıma ihtimalinin olması yöntemin olumsuz tarafları arasında yer almaktadır (Demir, 2006: 79).

Zorunlu tercih sınıflaması yönteminde ise, en yaygın şekilde değerlendirici, çalışanın yaptığı işin gereklerini ve sorumluluklarını nasıl yerine getirdiğini tanımlayan ifadeler sıralamaktadır. Bu ifadelerin taşıdığı değer, değerlendirici tarafından bilinmemekle beraber, değerlendirici ifadeler arasında sırlama yaptıktan sonra son değerlendirmeyi yapması için insan kaynakları bölümü devreye girmektedir (Barutçugil, 2015: 192).

Davranışsal temellere dayalı dereceleme ölçekleri, Smith ve Kendall tarafından 1963 yılında geliştirilen bir yöntem olup, çalışan performansını davranışsal bazda değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu yöntem davranışsal beklenti ölçekleri (Behavioral Expectation Scales) olarak da adlandırılmaktadır (Akçakanat, 2009: 33). Yöntemin üzerinde durduğu konu performans sonuçları olmayıp işin yapılması esnasında gösterilen fonksiyonel davranışlardır. Bu yöntemin kullanılmasıyla değerlendirme hatalarının indirgenmesi ve daha güvenilir sonuçlara ulaşılması beklenmektedir. Çalışanların deneyim ve gözlemleri esas alınarak davranış tanımlarının yapılması daha güvenilir ve doğru sonuçlara ulaşmayı sağladığı gibi subjektif yaklaşım yerine gözleme dayanan bir yöntem olması ve çalışana geri bildirimin daha kolay yapılması bu yöntemin olumlu taraflarıdır (Altan, 2005: 52).

Bazı yazarlara göre davranışsal temellere dayalı dereceleme ölçekleri, çalışanların çeşitli kişilik özelliklerini taşıyıp taşımadıklarını değil spesifik iş gereklerini etkin bir şekilde yerine getirip getirmediğini ve çalışanların davranışları ne oranda sergileyebildiklerini değerlendirdiğinden geçerli ve güvenilir bilimsel araştırmalardan yoksundur. Ayrıca her bir iş veya iş ailesi için ayrı ifadeler geliştirilmesi zorunluluğunun bulunması, yüksek maliyetli ve zaman alıcı olması davranışsal temellere dayalı dereceleme ölçeklerinin olumsuz sayılabilecek yönleri arasında yer almaktadır (Uyargil, 2017: 52).

2.4.5.3. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yöntemler

Bireysel performans standartlarına dayalı yöntemlerde, gerçekleştirilen kişisel hedefler ve kişilerin oluşturdukları sonuç ve çıktılar doğrultusunda, bireysel standartlar kapsamında değerlendirme yapılması hedeflenmektedir. Bu yaklaşımda, çalışanların farklı özellikleri, ilgi alanı, yönelim ve içinde yaşadıkları şartlar doğrultusunda belirlenen bireysel standartlar kapsamında değerlendirilmesini içeren yöntemler söz konusudur (Uyargil, 2017: 55). Bu yöntemler arasında, hedeflerle yönetim, çalışma standartları yaklaşımı, doğrudan indeks yöntemi ve metin değerlendirmesi bulunmaktadır.

Hedeflerle yönetim, etkili ve modern bir yöntem olup, performans değerlendirmesi yapılırken hedef belirleme sürecinin önemine dikkat çekmektedir. Genellikle profesyonel düzeyde yöneticilere uygulanmakla beraber sayısal ve ölçülebilen, yazılı, tutarlı, belirgin ve ulaşılabilir hedeflerin belirlenmesi bu yöntemin başarılı olmasını sağlayacaktır. Ayrıca belirlenmiş bir süre veya tarihin olması hedeflere ulaşmak için etkili olacaktır. Hedeflerin belirlenmesinde çalışanların aktif katılımını sağlayan bu yöntem, yönetici ve çalışan arasında sağlıklı iletişim sağlamalı, hedeflerin tartışılması ve geliştirilmesi açısından uygun bir ortam oluşturmalıdır (Barutçugil, 2015: 188).

Çalışma standartları yaklaşımı, çoğunlukla, yönetici olmayan ve üretim süreçlerinde çalışanlar için uygun hedeflerle yönetim uygulamasıdır. Tahmini bir üretim düzeyinin belirlenmesi veya bir standardın oluşturulmasını öngören bu yöntemde her çalışanın performansı belirlenen standartlarla karşılaştırılmakla beraber, genelde çalışma standartları, ortalama bir çalışanın normal üretimini yansıtan bir yöntemdir. Çalışma grupları ortalama üretimi, seçilmiş çalışanların performansı, zaman çalışması, çalışma örneği ve uzman görüşü gibi yöntemler kullanılarak çalışma standartları oluşturulabilir. Bu yöntemin üstün tarafı performans değerlendirmenin ileri düzeyde objektif faktörlere dayanması olmakla beraber zayıf tarafı ise değişik iş kategorileri için karşılaştırılabilir standartların olmamasıdır (Barutçugil, 2015: 189).

Doğrudan indeks yönteminde, performans standartları bazen yöneticinin kendi kararı ile bazen de yönetici ile astının tartışması sonucunda belirlenmektedir. Her iki durumda da performans standartları verimlilik, devamsızlık ve işgücü devri gibi objektif kriterlere dayanır. Çalışanların işe devamı veya işten ayrılmaları yöneticiler açısından değerlendirme kriterleri arasında yer alırken, yönetici dışındaki iş görenler de yine aynı şekilde kalite ve miktar standartlarına göre değerlendirilirler. Değerlendirme kriterleri arasında somut veriler yer almaktadır. Bunlar arasında kalite standartlarında hatalı ürün miktarları, müşteri şikayetlerinin sayısı, üretilen parça, yeni müşteri sayısı sayılabilir (Helvacı, 2002: 167). Bu kriterlere göre belirlenen hedeflere ulaşmadaki performans düzeyleri puanlarla belirlenmiş olduğundan bu sayısal

değerlerin toplamı genel performansın sayısal indeksini vermektedir (Uyargil, 2017: 56).

Metin değerlendirmesi yönteminde, çalışanın performans değerlendirmesi yazılı bir öykü şeklinde yapılmaktadır. “Kendi cümlelerinizle çalışanın performansını, işin sayısal ve nitelik yönünü, iş bilgisini ve diğer çalışanlarla birlikte olma yeteneğini belirterek değerlendiriniz.” ya da “Çalışanın güçlü ve zayıf olduğu konular nelerdir?” gibi sorular tipik bir metin değerlendirme yönteminde yer alabilmektedir (Demir, 2006: 63). Değerlendirmenin uzunluğunun ve içeriği değerlendiriciye bağlı olduğundan metin değerlendirmelerinde karşılaştırma zor olmaktadır. Bunun yanı sıra değerlendiricinin yazmaya olan hevesinin az olması ve yazılı iletişimdeki becerisi de değerlendirmeyi etkileyecek olumsuz durumlar arasında yer almaktadır (Barutçugil, 2015: 190).

2.5.360 Derece Performans Geri Bildirimi

Birçok organizasyonda çalışanlara geri bildirim sağlanması yaygın bir durumdur. Kluger ve DeNisi’nin yaptığı tanıma göre: “Geri bildirim kişinin iş performansının bazı yönleri konusunda bilgi sağlamak için dış ajanlar tarafından gerçekleştirilen eylemlerdir.” Bu tanıma göre geri bildirim, bir çalışanın iş sonuçları konusundaki seviyesinden haberdar olmasını sağlamak için verilen bilgi, olarak anlaşılmaktadır (Van Dijk ve Schodl, 2015: 717).

Performans yönetiminin en hassas faaliyeti arasında performans değerlendirme yer almakta, performans değerlendirmede ise performansa yönelik geri bildirimin yapılması hassas noktayı oluşturmaktadır. Örgütlerin hedeflerinin gerçekleştirmeleri açısından önemli bir noktada bulunan performans yönetimi ile çalışanların performansını attırmak ve örgütsel hedeflere uyum sağlamaları amaçlandığı dikkate alındığında, çalışanlara performansları konusunda geri bildirim yapılması önem arz etmektedir (Mert, 2020: 133, 134).

1980’li yıllardan itibaren organizasyonlarda çalışan personel sayısının artması ile yöneticilerin daha fazla çalışandan sorumlu olması ve bilgi edinme imkanlarının azalması, bilgi yoğun teknolojinin yaygınlaşması sonucunda eldeki verilerin

Çalışanları değerlendirmek açısından eksik kalması ve birden fazla yöneticiyle çalışmak zorunda kalan personellerin performansları hakkında tek bir yöneticinin yapacağı değerlendirmenin yetersiz kalması organizasyonları 360 derece performans geri bildirimini kullanılmaya yönlendirmektedir (Turgut, 2017: 62).

Çoklu değerlendirme, çoklu perspektif, iş arkadaşları değerlendirmesi olarak da bilinen 360 derece performans geri bildirimi, 1990'lı yıllardan itibaren özellikle ABD ve Batı Avrupa'da büyük şirketler tarafından kullanılan, çalışan performansının iş arkadaşları, yöneticileri, doğrudan rapor vermeye yetkili olanlar ile i ve dış müşterilerden toplanan, çalışana özgü iş performansı bilgilerinin ışığında değerlendirilmesi sürecidir. Geri bildirimlerin çok sayıda kaynaktan sağlanması bu yöntemin daha güvenilir ve nesnel olmasını sağlamakta ve çalışanın performansını iyileştirmekte etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Barutçugil, 2015: 202, 203).

360 derece performans geri bildirim yönteminde geçerli olan temel düşünce sekiz ana yetenek açısından çalışan performansının tüm yönleri ile ele alınmasıdır. İnsanlarla ilişkiler, görev yönetimi, iletişim, liderlik özellikleri, değişime uyum, üretim ve iş sonuçları, başkalarının yetiştirilmesi (başarıya katkı) ve personelin geliştirilmesi bu ana yetenekleri oluşturmaktadır. Organizasyonun bir bütün şeklinde, tüm faaliyetlerini her zaman değerlendirmesi esası bu yöntemin temelidir. Bu yöntemde organizasyondaki her faaliyetin herkes tarafından denetlenmesi söz konusu olmaktadır (zkeser ve Uzun, 2015: 158). 360 derece performans geri bildirim yöntemi, kişisel performansın yanı sıra yetkinlik ve davranışların ölçülmesini sağlamakta, geliştirme programlarının tasarımını kolaylaştırmaktadır. Bu yöntemle çalışanın performansına ilişkin farklı işbirlikçilerden fikir alma imkânı oluşmaktadır. Bu da performansın iyileştirilmesine olanak sağlamaktadır (Carlos, Salvador, Abraham, Erick ve Corby, 2020: 28).

360 derece performans geri bildirim yönteminin çalışanlar ve yöneticiler açısından önemli faydaları söz konusudur. Bu faydalar şu şekilde sıralanabilir (Bayram, 2006: 55, 56):

-Bu yöntemde birden fazla değerlendiricinin yer alması daha kapsamlı ve objektif geri bildirim olanağı vermektedir. Böylece oluşabilecek duygusal değerlendirmenin önlenmesini sağlamaktadır.

- Yönetici yetkinliklerinin astları ve iş arkadaşları tarafından değerlendirilme olanağının bulunması, yöneticilerin gelişimine katkı sağlamaktadır.

- Çalışanın başarılı ve başarısız olduğu taraflarını görmesini ve başka kanallardan gelen bakış açılarını daha iyi anlamayı ve çalışanın kendini geliştirme çabalarına daha fazla önem vermesini sağlamaktadır.

-Bu yöntemden elde edilen sonuçlar, performans değerlendirmeleri ve eğitim ihtiyaç analizleri doğrultusunda gelişim ve eğitim planlarına kapsamlı veri sağlamaktadır.

-Çalışanların, değerlendiricilere etkin geri bildirim vermesine olanak verdiğinden, çalışan ve yöneticiler arasında daha güçlü iletişim bağı kurmaktadır.

-Çalışan performansının çevresinde bulunanlar tarafından nasıl algılandığını görmesine olanak sağlamaktadır. Beraber çalıştığı insanların gözüyle kendi performansını izleme olanağı sağlamaktadır.

- Yöneticiler, çalışanların iş performansı ve yetenekleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgiye ulaşabilmektedir.

- Kurumsal ve bireysel gelişme sağlamak adına birlikte hareket ederek takım ruhu oluşturulurken bilgi, yetenek ve davranışlar gibi gelişme ihtiyaçlarının ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

Yararları olmasına rağmen bu yöntemin birtakım dezavantajları da söz konusudur. 360 derecelik değerlendirmenin bir parçası olarak ele alınması gereken dezavantajlar, değerlendiricilerin somut unsurlara ve gözlemlenebilir davranışlara değil, önyargıya dayalı değerlendirmeler yapma eğiliminde olduklarında ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle çoğu zaman kişilerarası yakınlık, rekabetten daha fazla ölçülmektedir. Değerlendirmenin bir not veya puana göre yapılması değerlendirici ile

değerlendirilen arasında ittifak oluşturabilmekte bu durum ise değerlendirmenin objektif kriterlerden uzaklaşmasına neden olmakta ve yöntemin güvenilirliğine zarar vermektedir (Carlos vd., 2020: 28).

Uygulanacak sistemin örgütün stratejik hedefleriyle uyumlu olmaması, sistemin başarısını düşüren bir başka etkidir. Değerlendiricilerin eğitilmemesi veya yeterli düzeyde eğitime tabi tutulmadan değerlendirme yapmaları, sistemin uygulanmasında dokümantasyon işinin fazla olması böylece evrak israfının oluşması, elde edilen verilerin bilgisayarlara işlenmesinin uzun süre alarak zaman israfına yol açması bu yöntemin olumsuz tarafları arasında sayılabilmektedir (Akçakanat, 2009: 43).

360 derece performans geri bildirimi ile çalışanın sadece yöneticisi tarafından değil birçok değerlendirici tarafından değerlendirilmesi bu yönüme anonim bir özellik kazandırmaktadır. Daha adil, nesnel ve güvenilir sonuçlar veren bu yöntem çalışana çok yönlü geri bildirim imkânı sunduğundan diğer yöntemlerden daha fazla tercih edilmesini sağlamaktadır. Ayrıca birden fazla değerlendiricinin olması değerlendiriciden kaynaklanan hataları önlemekle beraber değerlendirmenin tek bir kaynak tarafından yapılması konusundaki olumsuzlukları önlemektedir. Teknolojik gelişmeler, sosyokültürel değişimler vb. durumların etkisi organizasyonları bu yöntemi kullanmaya yönlendirmektedir. Ancak bu yöntemin faydasını ve geçerliliğini kanıtlayan yeterince çalışmanın olmaması ise bu yönüme temkinli yaklaşıma neden olabilmektedir.

2.6.Sağlıkta Performans Değerlendirme

Tüm toplumların vazgeçemeyeceği temel ihtiyaçların başında sağlık hizmeti gelmektedir. Teknolojik gelişmelerin etkisiyle tıp alanında teknik ilerlemeler olmuş, her türlü hastalığı teşhis ve tedavi edebilecek kapasitede, sağlıkla ilgili ihtiyaçlara cevap verebilecek şekilde modern sağlık tesislerinin sayısı günümüzde artmıştır. Bulundukları bölgeye ve yapılarına göre çok sayıda nüfusa sağlık hizmeti sunan bu tesisler, ihtiyaçları karşılarken sahip oldukları kıt kaynakları daha etkin ve verimli kullanmak adına birtakım ölçütlere sahip olmalı ve sağlık hizmeti değerlendirilirken bu ölçütler dikkate alınmalıdır.

Sağlıkta performans ölçümünün geliştirilmesi 1988 yılında Relman tarafından öngörülen bir değerlendirme ve hesap verebilirliğin ortaya çıkması ile itici bir güç olmuştur. Sağlık sistemlerindeki performans ölçümü ve raporlama çabalarına bakıldığında son 25 yılda bu çabaların kapsamı ve niteliğinde önemli derecede büyüme meydana gelmiştir. Hükümetlerin karşılaştığı maliyet sınırlama baskıları, hesap verilebilirlik, şeffaflık için kamusal beklenti ve taleplerin oluşması, geçerli ve güvenilir bilgiye erişme çabası ve performans yönetimine hükümetlerin artan ilgisi bu büyümeyi etkileyen bir dizi faktör arasında sayılabilmektedir (Veillard, 2021: 2). Bunlara ek olarak yüksek maliyetlerin olması, rekabet ortamının etkin olması, hasta memnuniyetini sağlama konusunda bilinç ve hassasiyetin oluşması gibi gerekçeler de sağlıkta performans değerlendirmesinin önemini arttırmıştır (Baş, 2021: 8).

Sağlık güvencesine sahip olan insan sayısı yani hastalığın olması durumunda insanların finansal riskten ne kadar korundukları, sağlık sisteminin ne kadar kapsayıcı olduğunu gösteren önemli bir ölçüttür. Aynı zamanda DSÖ tarafından ülkelerin sağlık sistemleri karşılaştırılırken esas alınan bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, ortalama beklenen ömür gibi birtakım ölçütler ülkelerin sosyoekonomik ve kültürel özelliklerinin etkisiyle oluşan sağlık çıktılarıdır. Sağlık sisteminin ekonomik anlamda geniş yer kaplaması eldeki kaynakların ne kadar verimli ve adil bir şekilde kullanıldığı hususları da çözülmesi gereken bir problem olarak görülmektedir. Bu gibi nedenler, günün şartları içinde oluşacak ihtiyaçlara cevap vermek ve varlığını devam ettirmek için diğer örgütler gibi sağlık sisteminde de performans değerlendirmesini zorunlu kılmıştır (Keskin, 2015: 83).

Etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak amacıyla sağlık hizmeti sunucuları tarafından performanslarını ölçmek üzere kriterler belirlenmesi gerekmiştir. Böylece sağlık hizmeti sunucuları etkili değerlendirme sistemi arayışı içine girmişlerdir. 2009 yılında DSÖ tarafından yayımlanan bir çalışmada sağlık sisteminin performansını değerlendirecek araçların erişim, kapsam, kalite ve güvenlik gibi unsurları içerecek şekilde belirlenmesi önerilmiştir. DSÖ , sağlık hizmeti sunucularının performansını değerlendirirken düzenli, sistematik ve şeffaf olmasını, belirli program ve hedeflerin ötesinde tüm sağlık sistemini dengeli bir şekilde

kapsamasını, politika analizleri ile yerel, bölgesel yahut uluslararası çapta karşılaştırmalar ile performans göstergelerinin desteklenmesini ve ihtiyaç duyulan bilgi kaynaklarının kullanılmasını, şeffaf ve hesap verilebilirliğin etkin olduğu sağlık sistemi yönetimlerinin oluşturulmasını temel ilkeler arasında saymıştır (Şeker, 2019: 277).

Sağlık hizmeti sunucularının performanslarının değerlendirilmesinin nedeni, sunulan sağlık hizmetinin belirlenen amaçlara ulaşmadaki başarı derecesinin eleştirel ve objektif olarak ölçülmesidir. Maliyetlerin yüksek olduğu hastanelerde belirlenmiş yöntemlerle ve düzenli olarak performans ölçümünün yapılması önem arz etmektedir (Sarsenova, 2010: 77).

Sağlık sistemlerinde performans değerlendirme kurumsal performans değerlendirmesi ve çalışan performansının değerlendirilmesi olarak ele alınmaktadır. Kurum performansının değerlendirilmesinde ek ödeme kapsamında verilen döner sermayenin biriken miktarı belirleyici rol oynarken, çalışan performansının değerlendirilmesinde daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumu için belirlenen standartların uygulanması ile çalışanın hedef ve amaçları başarma oranları dikkate alınmaktadır (Moran, 2013: 19).

Sağlık kuruluşlarının kurumsal bazda performans ölçümüne yönelik olarak kullanabileceği birkaç gösterge sistemi ile karşılaşmaktadır. Her biri, kurumsal performansı iyileştirme amacı gütmektedir. Sağlıkta etkililiği ve kaliteyi arttırmak, daha iyi sağlık çıktısını ulaşabilmek amacıyla gittikçe artan oranda performans yöntemlerine ağırlık verilmekte, ülkelerin bu konudaki arayışları ve farklı modeller önermeleri söz konusu olmaktadır. (Tengilimoğlu vd., 2018: 412).

Sağlıkta performans ölçümünün ne denli önemli olduğunu gösteren bu modeller, ihtiyaçlara göre farklı düşünce ve yöntemlerin zengin bir kombinasyonu olarak şekillenmişlerdir. Ancak performansı ölçmeye yönelik olan modellerden bazıları birbirinden farklı ve kapsamlı konuların tamamını ölçmeye çalışırken bazı modellerde ise göstergelerin kolay ve uygun olduğu düşüncesi oluşmaktadır. Bu düşünce ile mevcut ölçümlerin gerek kavramsal gerek teknik yetersizliklerini devam

ettiren bir performans değerlendirme sisteminin kabul edilmesi, genelde karşılaşılan iki farklı hata olmaktadır. Sağlık sistemlerinin neyi amaçladığını ortaya koyan, ölçülebilir modeller uygun ve tutarlı olacaktır (Uğurluoğlu ve elik, 2005: 10).

Sağlık kurumlarının performansı değerlendirilirken kullanılan yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemler arasında mali performansın tespitinde kullanılan oran analizi, verimlilik sınırının tahmini konusunda sıkça kullanılan parametrik yöntemler ve çözüm yöntemi olarak matematiksel programlamadan faydalanan, parametrik yöntemlere alternatif olarak geliştirilen parametrik olmayan yöntemler yer almaktadır. Ayrıca çok kriterli karar verme yöntemleri de kullanılabilmektedir (Baş, 2021).

2.7.Sağlıkta Performans Yönetimi ve Ölçütleri

Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi kavramının ortaya çıkışı, büyük ölçüde, 1970'lerden beri kamu sektöründe etkili olan çeşitli reformlarda performans ölçüm çabalarının ve sonuçlara dayalı yönetim anlayışının gelişmesinden etkilenmiştir. Sağlık sistemi verimini iyileştirmeyi amaçlayan performans yönetimi hem araçları hem de süreçleri içermektedir. DSÖ'ye göre sağlık eylemlerini yürüten tüm aktörler, kurumlar ve kaynaklar sağlık sistemleri içerisinde yer almaktadır (Veillard, 2021: 3).

Sağlıkta performans yönetimi uygulamalarına geçiş düşüncesi örgütsel ve bireysel hedeflere ulaşmak ve etkili sağlık hizmeti sunma amacından kaynaklanmaktadır. Sağlık sektöründe performans ölçme ve değerlendirmenin yapılması sektörün karmaşık ve kendine has bir örgütsel yapıya sahip olması nedeniyle birtakım ölçütlerin esas alınarak değerlendirmenin yapılmasını gerektirmektedir.

Örneğin Kanada'da yerel sağlık idarecileri bir hastane derneği ile geliştirdikleri projede hastaneleri dereceleme ve birbiriyle karşılaştırmak için, finansal performans, hasta memnuniyeti, klinik uygulamalar ve çıktılar ile sistemin bütünlüğünü ve değişkenliğini kapsayan ölçütler belirlemiştir. Söz konusu alanlarda yıllık olarak performans değerlendirmesi yapılarak hazırlanan rapor kamuoyu ile paylaşılmakta böylece hastanelerin performans yönetimine geçmesi, yapısal ve yönetsel anlamda iyileştirmelerin yapılması amaçlanmaktadır (SB, 2003: 29).

Hasta memnuniyetini sağlamak, daha iyi sağlık çıktısı elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak, kullanılan altyapı, insan ve malzeme kaynaklarında tanımlanmış normları yerine getirmek bu ölçütlerin başında yer almaktadır (SB, 2003: 30).

2.7.1. İnsanın Mutluluğunun Sağlanması (Hasta Memnuniyeti)

Rekabetçi sistemlerin kullandığı en önemli araçların başında insan mutluluğunu sağlayacak yönde girişimlerde bulunmak gelmektedir. Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin sağlanması, insan mutluluğunun sağlanmasının somut uygulaması olmaktadır.

Sağlık hizmeti sunucuları, kendilerini daha iyi bir üne kavuşturacak hasta memnuniyeti seviyesine ulaşmayı hedeflemektedir. Genel hasta memnuniyeti, bir sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen bir dizi etkileşimin sonucunda tanımlanır. Hasta memnuniyeti, hastanelerin ve hastane hizmetlerinin farklı yönlerinden memnuniyet içeren kümülatif bir yapıdır. Hasta memnuniyeti, bakımın bir sonucu olarak kabul edilir ve bu nedenle hasta memnuniyetinin daha iyi klinik sonuçlar vermesinin yanı sıra hasta uyumuna da birincil katkıda bulunmaktadır (Lim vd., 2018: 1355).

İnsanların beklenti ve taleplerinin artma eğiliminde olması birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de etkin ve kaliteli hizmet sunumunu gerektirmiştir. Sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunma anlayışı, hizmetin kullanıcılar tarafından nasıl algılandığını ve ne ölçüde memnun kaldıklarını araştırıp değerlendirmeyi, bu bağlamda politika belirlemeyi zorunlu kılmıştır (İzci ve Saydan, 2013: 200).

Yapılan çalışmalar hasta merkezli odaklanmanın gerek klinik bakımı gerek hasta memnuniyetini iyileştirmeye yardımcı olduğunu gösterdiğinden birçok hastane, hasta memnuniyetini ölçmekte ve bu sonuçlar doğrultusunda tıbbi uygulamaları ve prosedürleri iyileştirmektedir (Lim vd., 2018: 1354).

Zaim ve Tarım (2010: 9) yaptıkları çalışmada memnuniyeti; “yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren

pek çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavram” olarak ifade etmektedir. Hasta memnuniyetini ise “bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilir.” şeklinde ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerine serbest piyasa anlayışı ile yaklaşım sağlık sisteminin kalitesini, öncelikle nihai çıktı ölçütü ile belirleme eğilimindedir. Bu ölçüt memnuniyetin nasıl oluşturulduğuna bakılmaksızın sağlık hizmetinden yararlananların klinik bulgulardan veya yaratılan ortamdan ne kadar mutlu olduğunun ele alınmasıdır (SB, 2006: 31).

Hastanelerin hasta memnuniyet çalışmaları tipik olarak kabul, uygunluk, iletişim, bakım kalitesi, personel ve fiziksel imkânlar gibi çok sayıda ölçüm karşısında organizasyonun performansının hastalar tarafından nasıl algılandığının saptanması konusuna çevrilmiştir. Hasta memnuniyet ölçümleri yöneticilere işlevsel eksikliklerin belirlenmesi ve bilgiyi kullanmayı öğretmiştir. Hastane çalışanları etkin bakım, en iyi teknolojinin bulunması ve en kalifiye personel çerçevesinde kaliteli sağlık bakımını tanımlamalarına rağmen bunların hiçbirisi maalesef hasta memnuniyetini garanti edememektedir. Yapılan bir çalışmada toplam tatminin önem sırası hemşirelik hizmeti, kabul süreci, çevre, hasta yakınları, doktor olarak tespit edilmiştir (Zaim ve Tarım, 2010: 10).

Sağlık hizmetlerinde performans değerlendirme ölçütleri arasında yer alan hasta memnuniyetine yönelik değerlendirme ölçütlerine gerekli önem verilmelidir. Ancak hizmet talebinde bulunanların irrasyonel davranışlar gösterebilmesi nedeniyle hizmet kalitesini tek başına değerlendirmede yeterli olmayacağı da unutulmamalıdır.

2.7.2. Sağlık Çıktıları

Sağlık çıktıları, sağlık hizmeti alanların, kendilerine verilen hizmet sonucunda daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşması olarak tanımlanabilmektedir (Gazi, 2006:54). Genelde hasta memnuniyeti ile birlikte ele alınan sağlık çıktısı ölçütleri ile yüksek kalitedeki çıktıların karşılığının ödenmesi, performansla göre ödemenin en mantıklı yöntemi olarak görünmektedir. Bu yaklaşımda iki problem söz konusudur. İlki sağlık

çıktılarının sağlık sisteminin kontrolü dışında bulunan hasta davranış biçimleri ve yaşama ortamları gibi unsurlardan etkilenmesinin söz konusu olması diğeri ise tanı ve tedavi aşamasındaki birçok olgunun doktor, laboratuvar, görüntüleme sistemleri gibi çok sayıda farklı tıbbi aşamadan geçmesidir. Söz konusu olguların sağlık çıktısına farklı oranlarda katkıları söz konusu olduğundan özgün sağlık çıktılarının ölçümü ve değerlendirilmesi kolay olmamaktadır. Hizmeti ölçülecek bütün doktorların aynı klinik veya hastanede olması halinde bütün performans değerlendirilmesi yapılarak kurum bazlı ödüllendirme yapılabilir ancak gerek doktor gerekse de diğer sağlık personellerini tek tek ödüllendirmek mümkün olmamaktadır (SB, 2006: 31, 32).

2.7.3. Hizmet Sunum Sürecinin Ödüllendirilmesi (Süreç Ölçümü)

Bu yöntemin ölçüt olarak kullanılması, sağlık hizmeti üretimi yapılırken sonraki sürecin teftişi ve değerlendirmesini hedeflemektir. Kanıta dayalı iyi klinik uygulamalarının ödüllendirilmesi belki de bu yöntemin performansa dayalı ödeme açısından en pratik yaklaşım olmasını sağlamaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, belirli bir sağlık çıktısının, bilinen bir hastaya uygulanan bilinen bir tedaviye bağlı olmayabileceğidir. Bu nedenle sağlık hizmetini etkileyecek diğer dış etkenlerin eşit olması şartıyla sağlık bakım hizmeti sürecinin yüksek kalitedeki çıktıyı vereceği öngörülmektedir. Fakat dış etkenlerin eşit olması halinde bile olgulardan gelecek tepkimeler her zaman aynı olmamakta bu da dış koşullarla alakalı kanıtların çok da güçlü olmadığı durumunu ortaya çıkarmaktadır (SB, 2006: 32). Sürece dayalı performans ölçümlerinin birtakım sorunu da birlikte taşıdığı görülmektedir.

2.7.4. Altyapının ve Girdilerin Kalitesi (Girdi Analizi)

Daha güvenli bir sağlık sistemi oluşturmak amacıyla bir Tıp Enstitüsü raporuna istinaden (Sağlık Bakım Komitesi) Kasım 2000'de bazı büyük işverenler tarafından Leap Frog Grubu kurulmuştur. Girdi analizi Amerika'da büyük sağlık hizmeti ödeyicisi olan 160 kuruluşun oluşturduğu Leap Frog Group tarafından geliştirilen bir ölçüttür. Hastanelerde hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik Leap Frog girişiminin, Amerika'da sağlık hizmetlerinin sunumunu şekillendirmek için

büyük işverenlerin o güne kadarki en iddialı ve koordineli girişimi olması muhtemeldir (Scanlon, Christianson ve Ford, 2008: 207).

Leap Frog grubuna üye kuruluşlar hastanelere ödeme yaptıkları zaman, doktor kayıt ve istemlerinin bilgisayar ortamında yapılması, yoğun bakımda görev alan sağlık personeli ile doktor sayısı ve hastaneye kanıta dayalı sevk yapılması gibi kalite artırıcı süreçleri dikkate almaktadır (Selvi, 2011: 52).

2.8.Hastane Performansı

Bilim ve teknolojiye ilerlemeler olmasına karşın sağlık sistemleri, hasta memnuniyetsizliği ve hizmet verimsizliği gibi sorunlarla mücadele etmektedir. Sağlık sistemleri içerisinde hastaneler hayati hizmet sunan önemli yapılardır. Sağlık sisteminde, hastaneler kayda değer oranda kaynak kullanmakta ve sağlık sistemlerinin etkinliğinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, hastanelerin performansının değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir (Rahimi, Khammar-nia, Kayosi ve Eslahi, 2014: 199).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında “kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans” hususu gündeme getirilerek hastane hizmetlerinin geliştirilmesi, takibi amacıyla hastane performansının nasıl ölçülüp, izlendiğini anlamak için gerek DSÖ Avrupa Ofisi raporları gerek başka ülkelerin konu hakkındaki çalışmaları ele alınarak cevap verilmeye çalışılmıştır.

17 Mart 2005 tarihinde “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” yayımlanmıştır. Bu yönerge ile Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde, kurumsal kaliteyi geliştirmeye yönelik olarak uygulanan yaptırımların bir kısmı uluslararası kabul görmüş hastane kalite ölçütlerini kapsarken, bir kısmı da ülke ihtiyaçlarına göre şekillendirilmiş, yönergenin son hali 2007 yılı itibariyle uygulamaya konulmuştur (Saluvan ve Kaya, 2010: 21).

Hastane performansı klinik veya idari açıdan belirlenmiş hedefleri başarmak şeklinde açıklanabilmektedir (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013: 55). Hastanelerde

performans göstergeleri arasında yatak kullanımının etkin olması gerek hekim gerekse de hemşirelerin sağlık hizmet sunumunda aktif rol alması, daha fazla poliklinik hizmeti sunumu, taburcu edilen hasta oranının artırılması, mali gösterge oranları önemli yer almaktadır. Hastane performansı çok fazla göstergenin etkisiyle ele alınacağından bunu ayrıntılı bir şekilde değerlendirmek üzere kullanılabilecek tek bir ölçüt yoktur. Önceden yapılan hastane performansı tanımlarına baktığımızda maliyet göstergeleri, çıktı oranları ve fazla sayıda finansal ölçüt kapsamında ele alınmıştır (Tengilimoğlu vd., 2018: 415).

Literatürde birçok yazar tarafından yapılan çalışmada hastane performansı ölçümü tartışma konusu olmakla beraber tek bir ölçüt kapsamında yapılacak değerlendirmenin yetersiz olacağı kanısına varılmıştır (Çınaroğlu ve Şahin, 2012: 62).

Gruca ve diğerlerinin yaptığı çalışmalar neticesinde hastane performansı üç ölçüt kapsamında açıklanmıştır. Bunlar (Tengilimoğlu vd., 2018: 415):

1-Finansal Performans: Hastanelerin giderlerini karşılayabilme ve faaliyetlerinin devamını sağlamasıdır.

2-Faaliyet/İşletme Performansı: Hastaneler aracılığıyla tıbbi bakım sağlamak, ciddi oranda sermayenin harcanması, ihtiyaç duyulan alanın temini ve teçhizata sahip olmakla mümkündür. Eldeki sermayenin verimli kullanılması hastane performansının önemli bir tarafını oluşturmaktadır. Hastane verimliliğinde sıkça kullanılan göstergeler arasında doluluk yani yatak işgal oranları da yer almaktadır.

3-Pazarlama Performansı: Hastanelerin rakipleri karşısındaki duruşunu ve rakipleri karşısında başarılı olmak adına attığı stratejik adımları ölçen pazar payını kapsamaktadır.

Saluvan ve Kaya (2010: 2), sağlıkta performans değerlendirmesinin nedeni olarak “sunulan sağlık hizmetlerinin belirlenen hedeflerine ulaşmadaki başarı derecesinin eleştirel ve objektif olarak ölçülmesi” şeklinde ifade etmektedir. Başta hastaneler olmak üzere sağlık hizmetlerinde maliyet kontrolünün sağlanması

performans ölçümü için zorunlu bir gerekçe olmakla birlikte sağlık işletmelerinin üzerinde önemle durduğu konuların başında yer almaktadır.

Gerek kamu gerekse de özel kesimde hizmet veren sağlık kurumlarında hizmet maliyetlerinin devamlı artış göstermesi sağlık kurumu idarelerinin ekonomik alandaki rol ve sorumluluklarını bilimsel ilkeler ışığında iyileştirme eğilimi göstermelerine zemin hazırlamaktadır. Bu durum ise beraberinde performans ölçümünü getirmektedir (Saluvan ve Kaya, 2010: 3).

Sağlık sistemi içerisinde özellikle hastaneler ele alındığında kalite geliştirme ve performans ölçümü amacıyla standart bir ölçüm yöntemi yerine birçok yöntem olduğu söylenebilir.

Maddi (hastanelerin gelir, gider tabloları, döner sermaye miktarları, hastaneye yapılan yatırım sağlık harcaması gibi) ve beşerî (hastanede çalışan hekimler, hemşireler, diğer sağlık personelleri, yapılan ameliyatlara gibi) unsurlar baz alınarak yapılan hastane performans ölçümleri, hastaneler arası kıyaslama yapma fırsatı sağlamaktadır. Bu durum gerek kaynak kullanım şeklinin tespiti gerek hastanelerin başarı düzeylerini belirlemek açısından önemlidir (Balkan, 2021: 18).

2.8.1. Hastane Performansının Temel Göstergeleri

Performans analizi, hastanelerin müşterilerine hizmet sunma hususunda verimliliği yükseltmek ve etkinlik elde etmek açısından önemlidir. Sağlık sistemi performansı birçok gösterge ile ölçülebilmesine rağmen sınırlı kaynaklar nedeniyle bu göstergeleri aynı anda iyileştirmek zordur. Sağlık hizmeti performansını aşama aşama iyileştirmek için merkezi ve etkili göstergeleri belirlemek en uygun yoldur (Si, You, Liu ve Huang, 2017: 1).

Hastane performansının değerlendirilmesi açısından büyük öneme sahip olan göstergeler, hastanenin mevcut durumunu yansıtmaktadır. Bu nedenle göstergeler doğru analiz edildiği takdirde etkili kararların alınmasında ve hastane performansının iyileştirilmesinde büyük rol oynamaktadır. Yapılan çalışmada, ortalama yatış süresinin, nozokomiyal enfeksiyon oranının, hasta memnuniyetinin, yatak doluluk

oranının ve yatak devir hızının en yararlı göstergeler olduğu sonucuna varılmıştır. Örneğin, ortalama kalış süresi basit ve önemli bir gösterge olmakla beraber hastanede kalite kontrol, bakım yönetimi ve bakım etkinliği için yararlı bir göstergedir. Bu gösterge ile kaynak kullanımı ve yönetim etkinliği dolaylı olarak tespit edilmektedir (Rahimi vd., 2014: 202).

Hastane performans göstergeleri arasında; hizmet göstergeleri, yatak kullanımı ve personel performansı ile ilgili göstergeler ele alınacaktır.

Bunlardan ilki hizmet göstergeleri ile ilgili bulgulardır. Bu bulgular aşağıdaki şekilde belirtilebilir (Tengilimoğlu vd., 2018: 416):

-Poliklinik Sayısı: Hastane performans göstergeleri içerisinde en önemlisi poliklinik sayısıdır. Yıllık, aylık ve günlük poliklinik sayısı ile bu sayının polikliniklere dağılımı ve hekim başına düşen poliklinik sayısı önemli performans göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

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

-Ölen Hasta Sayısı: Taburcu edilen hasta sayısı yüksek ise hastane performansı için pozitif bir gösterge olarak kabul edilirken, ölen hasta sayısının fazla olması is negatif bir gösterge olarak kabul edilmektedir.

-Ameliyat Sayısı: Hastanelerde yapılan ameliyat sayısı, gereksiz ameliyat sayısı performans göstergeleri açısından önemlidir.

-Doğum Sayısı: Hastanelerde gerçekleştirilen doğum sayıları ile bunların başarılı olması önemli bir göstergedir.

-Yatılan Gün Sayısı: Yatılan gün sayısı hastanede yatılarak geçirilen gün sayısıdır.

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

İkinci olarak yatak kullanımı ile ilgili göstergelerdir. Bunlar ise aşağıdaki şekilde belirtilebilir:

-Hasta yatağı: Hastaların 24 saatten az olmamak üzere bakım ve tedavilerinin sağlanması amacıyla yatırıldığı, hasta odalarına ya da hastalara devamlı tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yataklardır. Hasta yatak sayısına; yoğun bakım, prematüre ve yeni doğan ünitesindeki yataklar (kuvöz, açık bebek yatağı) ile yanık merkezi ve yanık odalarındaki yataklar dahil edilir (dosyasb.saglik.gov.tr).

-Nüfus başına düşen hasta yatak sayısı: Bir yıl içinde incelenen yerleşim birimi (ilçe, il, bölge, ülke) sınırları içerisinde bulunan sağlık kurumlarının toplam hasta yatağı sayısının birimin nüfusuna bölünmesi ile elde edilir. Belli sayıda (genellikle 10,000) kişiye düşen hasta yatak sayısını ifade eder. Planlama yapmak gibi diğer amaçların yanında yerleşim birimleri arasında kıyaslama yapmak amacıyla da kullanılır. $10.000 \text{ kişiye düşen hasta yatak sayısı} = (\text{İncelenen yerleşim birimi sınırları içindeki toplam hasta yatağı sayısı}) / (\text{İncelenen yerleşim birimi toplam nüfusu}) \times 10.000$ formülüyle hesaplama yapılmaktadır (dosyasb.saglik.gov.tr).

-Ortalama Kalış Gün Sayısı: Bir hasta hastaneden taburcu edildikten sonra, hastanede ortalama kaç gün kaldığını göstermek amaçlı kullanılan bir ölçüttür. $\text{Ortalama Kalış Gün Sayısı} = (\text{Yatılan Gün Sayısı}) / (\text{Tabucu} + \text{Ölen})$ formülüyle hesaplama yapılmaktadır (dosyasb.saglik.gov.tr).

- Klinikte Yatan Ortalama Hasta Sayısı: Tanımlanmış bir zaman dilimi içerisinde klinikte her gün ortalama kaç hasta bulunduğunu gösteren bir ölçüt olmakla beraber yeni doğan bebekler bu hesaplama dâhil edilmemektedir. $[\text{Klinikte Yatan Günlük Ortalama Hasta Sayısı} = (\text{Belirli bir sürede klinikte yatan hastalara verilen toplam gün sayısı} / \text{Aynı süredeki toplam gün sayısı}) \times 100]$ formülüyle hesaplama yapılmaktadır (Sarsenova, 2010: 86).

- Yatak İşgal Yüzdesi: Hastane hizmet potansiyelinin bir göstergesi olarak hastane yataklarının ne oranda kullanıldığının tespiti için kullanılır. [Yatak İşgal Yüzdesi = (Yatan hastalara verilen toplam hasta bakım gün sayısı/Maksimum hasta bakım gün sayısı) *100] formülüyle hesaplama yapılmaktadır (Sarsenova, 2010:86).

- Devir Aralığı (Gün): İki kullanım arasında bir yatağın ortalama kaç gün boş kaldığını gösteren bir ölçüdür. Devir Aralığı (Gün) = [(Hasta Yatağı) x (Süre) – (Yatılan Gün Sayısı)] / (Tabucu + Ölen) formülüyle hesaplama yapılmaktadır (dosyasb.saglik.gov.tr).

Üçüncü gösterge ise personel performansı ile ilgilidir. Personel sayısının fiili yatak sayısına, dolu yatak sayısına, yatan hasta sayısına, fiili hasta günü sayısına, teorik hasta günü sayısına ve poliklinik sayısına oranlaması yapılarak hesaplanan göstergedir (Tengilimoğlu vd., 2018: 416).

2.9.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Organizasyonlar süreklilik sağlamak amacıyla belirledikleri hedefler doğrultusunda çalışmalar yapmaktadır. Çalışanların, organizasyonel hedeflere ulaşmasını sağlamak amacıyla sarf ettiği çaba ve katkı, organizasyonun geleceğine doğrudan etki eden önemli bir faktördür. Bu çaba ve katkı derecesi her zaman önemli olmakla beraber çalışan performansı olarak tabir edilmektedir. Organizasyonlar performans yönetimini, hedeflere katkısı olan çalışanları belirleyerek ücretlendirilmek amacıyla kullanabilmektedir. Bu bağlamda insan kaynakları yönetiminde ücret yönetiminin sağlanması ve çalışanın organizasyona katkısı ile işe teşvik edilmesi önem arz etmektedir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016: 866).

İnsan gücünün etkin şekilde kullanıldığı sektörlerin başında yer alan sağlık kurumlarının kompleks ve dinamik bir yapıya sahip olması çok yüksek derecede maliyetler ortaya çıkmasına neden olmuş böylece daha etkin bir ücret yönetimi sağlanması ve çalışan performansını arttırıcı en uygun model üzerine çalışmalar yapılmıştır.

Çıktıların veya sonuçların ölçülmesi esasına dayanan performansa dayalı ödeme sistemleri, performansın belirlenmesine ve ölçülmesine bağlı olmakla beraber diğer ödeme yöntemleri ile birleştirilerek verilebilmektedir. Belirlenen hedeflere ulaşmak amacıyla teşvik edici olması açısından performansla ilgili ödeme yapılmaktadır. Bu hedefler ekonomik olmanın yanında ülkenin sağlık politikasıyla da bağlantı içindedir (Normand ve Weber, 2009: 97).

Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli sağlık hizmet sunumu yükümlülüğünün benimsenmesi ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olmadığı tecrübelerle doğrulanmaktadır. Sağlık çalışanlarında bu yükümlülüğün devam etmesini sağlamak ve insanları sürekli bu yükümlülük alanına itecek model arayışları içerisinde olmak sağlık politikacılarının gündemini meşgul eden önemli bir konu olmaktadır. Sağlıkta dönüşüm ile önemli değişiklikler meydana gelmekle beraber, sağlık hizmeti sunucularının yüksek motivasyon içinde hizmet sunmasını sağlamak, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sistemi için çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların başında, hedeflenen hizmet sunumunu sağlamak amacıyla çalışanlara özendirici bir ödeme ve ücretlendirme yapmayı amaçlayan performansa göre ek ödeme sisteminin kurulması gelmektedir (SB, 2006: 43).

Ek ödeme, çalışanın belli zamanlarda aldığı (günlük, haftalık, aylık) maaşından ayrı olarak personeli çalışması hususunda teşvik etmek ve personelden daha fazla verim almak için ödenen primdir. Aynı zamanda personelin ücret/maaş karşılığında çalıştığı süreden daha fazla süre çalışması yahut daha fazla performans harcayacak olması gerekenden daha fazla üretime katkı sağlaması durumlarında da ek ödeme yapılmaktadır. Performans esaslı ücret ödemeleri aynı zamanda özendirici ücret sistemleri olarak da adlandırılacağı gibi bu sistemdeki temel amaç çalışan performansını arttırmak, böylece daha fazla üretim yapılmasını sağlayarak üretim artışlarının getirdiği kazançla çalışanı ödüllendirmektir (Tengilimoğlu vd., 2018: 421, 422).

Ek ödeme sistemi yalnızca finansal bir ödeme yöntemi değildir. Başarı ölçütleri de dikkate alınarak çalışanı ödüllendirmek ve bireysel verimliliğini arttırmakla beraber

belirlenen kurumsal performans kriterleriyle tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir yöntemdir (Gazi, 2006: 62).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağladığı avantajların yanında iyi uygulanmadığı takdirde neden olabileceği dezavantajları da olmaktadır. Oluşabilecek dezavantajlar şunlardır (Özdemir, 2019: 9):

-Çalışanlar arasında oluşacak rekabetten dolayı uyumlu çalışmanın mümkün olmaması böylece anlaşmazlıkların olması,

- Yönetici ve denetleyicilerin baskı altında kalması ihtimali,

- Uygulamanın yüksek maliyetlere neden olabilmesi,

-Çalışanların kontrol edilmesi için yöneticilerin vaatlerde bulunması ve sadece ödül sisteminin kontrol mekanizması olarak kullanılması, bununla birlikte ücret kesintisi yahut beklenen ücret artışının yapılmaması durumunda çalışanların motivasyon düşüklüğü yaşamaları,

-Ödüllendirmenin bireysel başarılarla yönelik olması neticesinde takım ruhunun zarar görmesi,

-Bireysel performansın örgütsel performansa etkisinin ne ölçüde olduğunun tam olarak belirlenememesi,

-Durgunluk döneminde yüksek performans sarf eden çalışanın ödülün mahrum kalması böylece örgütsel bağın zayıflaması ile yetenekli çalışanların işten ayrılma kararı vermeleri,

-Çalışma süresinin farklı olabilmesi, stres altına kalmak ve yüksek riskli işlerde çalışmak performansı olumsuz etkileyeceğinden ücrette adaletsizliğe neden olabilmesi söz konusu olmaktadır.

2.10. Performansa Dayalı Ödeme Sistemine Geçiş Süreci, Sürecin Gelişimi ve İşleyişi

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda döner sermayeye ilişkin düzenlemeler 09/01/1961 tarihli ve 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” ile yapılmıştır. İlgili kanunun 5.maddesinde 24/11/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı” ibaresi “Sağlık Bakanlığı” olarak değiştirilmiş (Nesanır, 2007: 274), ayrıca 27/06/1989 tarih ve 375 sayılı değişiklikle Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda çalışanlara elde edilen gelirden ek ödeme yapılmaya başlanması hususu kararlaştırılmıştır (Sönmez, 2009: 27).

1980 yılına kadar kurumların elde ettiği kazançtan ziyade devlet eliyle verilen bir yardım olarak tanımlanan döner sermayenin çıkarılma amacı, yataklı tedavi kurumlarının hizmet sunumundaki ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla satın alma ve kiralamalar konusunda kurumların yetkilendirilmesi ve zaman kaybına neden olan bürokratik işlemlerden bağışık tutulmak istenmesi şeklinde değerlendirilebilir (Demircan, 2016: 4).

Döner sermayeli kuruluşlara üretmiş olduğu mal ve hizmetler ile yaptıkları satın alma işlemlerini fiyatlandırma yetkisi, 209 sayılı Kanun'da değişiklikler yapan ve 27/06/1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile verilmiştir. Böylece kurumlar bağımsız ve kâr amaçlı işletmeler durumuna getirilmiştir. Bunun yanı sıra 209 sayılı Kanun'da 27/06/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişiklikler sonucunda bütün hak edişi ve giderleri döner sermaye kapsamında ödenmek suretiyle yataklı tedavi kurumlarının dışardan personel çalıştırılmasına imkân sağlanmıştır. Ayrıca döner sermayeden elde edilen gelirlerin %50'sinin kurumun kendi çalışanlarına ek ödeme olarak verilebileceği kabul edilmiştir (Nesanır, 2007: 275).

30/01/1990 tarihinde çalışanlara ödenecek ek ödemenin usul ve esaslarını belirlemek üzere “Ek Ödeme Yönergesi” hazırlanmış ve yürürlüğe konulmuştur.

Çalışanın, ek ödeme alabilmek için belirlenmiş kriterler kapsamında belli bir performans göstermesi gerekmektedir.

Yönergede, birim sorumlusu, birim amiri ve kurum amirince verilecek değerlendirme puanlarının ortalaması esas alınarak 10 üzerinden puanlama yapılmak üzere “Performans Değerlendirme Tablosu” ve içeriğinde 15 maddelik değerlendirme kriterleri yer almaktadır. Ek ödemeye hak kazanabilmek için asgari performans olan 50’nin üstünde puan alan çalışan ek ödeme alma hakkı kazanırken, 50 puanın altında kalanlar ise bu haktan yararlanamamaktadır. Yönergede değerlendirme kriterleri olarak; işe hâkim olma bilgisi ve yeteneği, işi zamanında bitirebilmek, verimli çalışmak, işe devamı, hasta ve vatandaşa karşı tutumu, düzenli ve tertipli olmak, yeniliğe açık olmak ve kendini geliştirme kapasitesi, çalışanlar ve üstlerle ilişkisi, özgüveni, iş güclüğü, iş riski, yaptığı işin kalitesi, hizmet içi eğitim performansı ve döner sermayeye katkısı yer almıştır (Korku, 2010: 51).

1991 yılında yapılan değişiklik ile teknik hizmetler sınıfı çalışanları ile yardımcı hizmetler sınıfında çalışanların tavan kat sayıları %30’lardan %50’lere yükseltilerek yardımcı sağlık hizmetleri çalışanlarının eşitlenmesi sağlanmıştır. 1990 yılında yürürlüğe giren ve 23/01/2001 tarihine kadar yürürlükte kalan (Tengilimoğlu vd., 2018: 421) ek ödeme yönergesinin getirdiği ödeme sistemi kısaca özetlenecek olursa (Gazi, 2006: 59, 60):

-Çalışanın hizmete katkısı temel alınarak bir ödeme sistemi oluşturulmuş, hizmete katkısı olmayan çalışana ek ödeme verilmemesi amaçlanmıştır.

-Performans değerlendirme kriterleri belirlenerek Sağlık Bakanlığına bağlı Kurum ve Kuruluşlarında görevli personelin verimli çalışmasının teşviki için bu kriterler uygulanmıştır. Ancak amirlerin bütün çalışanlara eşit ücret verilmesi yönündeki yanlış uygulamaları nedeniyle belirlenmiş hedeflere ulaşılamamıştır.

- Sağlık çalışanları kanun kapsamında öngörülen ölçüde yıllık maaş kalemleri toplamının %100’ü ve %50’si oranında ek ödeme alabilmektedir.

-Ek ödeme yapılırken tabip ve tabip dışı çalışan ayrımı yerine yüksek öğrenim görmüş ve orta öğrenim görmüş çalışan ayrımı söz konusu olmuştur.

-Öncelik Kurumun ihtiyaçlarının karşılanmasına verilmiş, bu ihtiyaçlar karşılandıktan sonra arta kalan gelir ölçüsünde çalışana ek ödeme yapılmıştır.

-Kurum elde ettiği 3 aylık gelirinin maksimum %50'sini ek ödeme kapsamında çalışanlara dağıtabilmektedir.

23/01/2001 tarihi itibarıyla yürürlüğe konulan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Personele Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme Hakkında Yönerge” ile yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlar için 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 belirlenmiştir (resmigazete.gov.tr). Yürürlüğe giren bu yönergede de ek ödeme, performans değerlendirme kriterleri kapsamında verilmekte ancak amirler tarafından yapılan subjektif değerlendirmeler kapsamında ödenmektedir (Tengilimoğlu vd., 2018: 421). Tabip ve tabip dışı personeller arasında oluşacak ek ödeme farkı her zaman en aza çekilmiş, serbest çalışan uzman ve pratisyen tabiplere ek ödemeye esas tavan oran %90 olarak tespit edilmiştir. Yoğun bakım, yeni doğan, yanık, ameliyathane ve acil gibi riskli birimlerde görev yapan sağlık personeline %50 fazla olmak üzere ek ödeme yapılmasına karar verilmiştir (Korku, 2010: 52).

2002 yılında Döner Sermaye Saymanlıklarının Maliye Bakanlığı'na devredilmesi sonucunda Ek Ödeme Yönergesinde birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personelin de ek ödemedan faydalanması sağlanmıştır. 15/11/2002 tarihli ve 12311 sayılı yönerge ile getirilen en önemli değişiklik ek ödeme tavan tutarları hesaplanırken döner sermaye gelirlerinden hazine payı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı düşüldükten sonra kalan gelirin %50'si oranını aşamaz bir şekilde düzenlenmesidir (Tengilimoğlu vd., 2018: 422).

18/06/2003 tarihli ve 1863 sayılı onay ile üç ayda bir ödenen ek ödemelerin ayda bir olacak şekilde ödenmesi hususu karara bağlanmıştır. Aynı yıl Sağlıkta

Dönüşüm Programı'nın başlatılması ile sağlık hizmetlerinin birçok alanında olduğu gibi ek ödeme sisteminde de değişiklikler yapılmıştır. Performansa göre katkı payı ödemesi, 2003 yılının ikinci yarısından itibaren 10 hastane ve 1 İl Sağlık Müdürlüğü'nde pilot uygulamaya başlanmıştır (SB, 2006: 43).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında “Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge” 09/02/2004 tarihli ve 417 sayılı makam oluru ile yürürlüğe konulmuş böylece kamu sektöründe sağlık hizmeti sunucuları performansa dayalı ödeme sistemini hayata geçirmiştir. 2003 yılında başlayan pilot çalışmalar sonucunda 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşları da dahil olmak üzere kamu sağlık sektörünün tüm birimlerinde kullanılmıştır. Anılan makam oluru ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme daha çok bireysel ve niceliksel performans kriterlerini baz alırken, 2005 yılından itibaren kurumsal performans kriterlerinin eklenmesiyle sisteme nitelik boyut getirilmiştir (Tengilimoğlu vd., 2018: 422, 423; Akçakanat ve Çarıkçı, 2019: 150).

Ek ödeme sistemi 2004 yılından sonra kalite ölçütleri kapsamında ele alınmış böylece konu ile ilgili çıkarılan yönergenin ismi kalite ve performans yönergesi olarak düzenlenmiştir. Böylece kurumsal performans kriterlerinin nitelik boyutu daha da genişletilmiştir (Özdemir, 2019: 3). Aynı şekilde 2007 yılında da yönetici performans kriterleri ve finansal göstergeler alanındaki çalışmalar devam etmiş klinik göstergelerin eklenmesiyle sağlık sisteminin uluslararası genel kabul görmüş klinik başarı ölçütleri kapsamında değerlendirilmesi sağlanmıştır.

14 Şubat 2013 tarih ve 28559 (mükerrer) sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik'te amaç şöyle belirtilmiştir:

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetleri, yapılan muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlemler ile özellik arz eden birimlerde çalışma gibi unsurlar esas

alınarak döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmektir (resmigazete.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı 25 Ağustos 2017 tarihinde yeniden yapılandırıldığından dolayı, 2 Kasım 2011 yılında kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 694 sayılı KHK ile kapatılmış ve bu kurumlar genel müdürlük olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılandırılmıştır. O yüzden bu süreçten sonra çıkartılan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenen...” ibaresi “Sağlık Bakanlığınca belirlenen...” olarak değiştirilmiştir.

Kurum idarecilerinin, farklı unvan, branş, hizmet sınıfı ve en çok üyeye sahip sendika temsilcisinin içerisinde yer aldığı döner sermaye komisyonunca ödenecek döner sermayeye ilişkin temel esaslar anılan yönetmeliğin 5.maddesinde belirtilmektedir.

2020 yılında, 04/03/2020 tarih ve 31058 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır. 2013 yılı yönetmeliğinden farklı olarak kurum farkı gözetmeksizin eğitim görevlileri ile uzman tabip kadrosunda görev yapan profesör ve doçentlerin mesai dışı unvan katsayısı 4,00 olarak sabitlenmiştir. Daha önceki uygulamalarda 2,40 olarak uygulanmakta idi. Aynı zamanda yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan temel tıp bilim uzmanları ve pratisyen tabiplerin unvan katsayıları, Eğitim Araştırma Hastanelerinde 1,00, Kurum Personeli (Hastane) için 1,10; 2.ve 3. sağlık tesislerinde 1,20 iken yeni yönetmelikte kurum farkı gözetilmeden 1,34 olarak belirlenmiştir. Tıbbi İşlemler Puanı Bulunmayan tıbbi ve idari ünitelerde çalışan tabip, dış tabibi, uzman tabip ve uzman dış tabibi, temel tıp bilimleri uzmanlarının kadro unvan katsayısı 0,80’den 1,10’a çıkarıldı. Anadal, Yandal Uzman Tabip ve tıpta uzmanlık tüzüğüne göre uzman olanların zor ve riskli branşlarda görev yapan personelin hizmet sunduğu alanın özelliklerine göre farklı ek ödeme katsayıları tanımlandı (memurlar.net).

2020 yılı yönetmeliğinde de (5/a maddesi) belirtildiği üzere ek ödeme, personele sağlık tesisine fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir. Sağlık tesisinin o dönemde elde ettiği gayrisafi hasılatı öncelikle Hazine payı (%15), 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nun 18'inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay ile Bakanlık merkez pay (%1) ayrıldıktan sonra kalan miktar, 209 sayılı Kanunun 5'inci maddesinin üçüncü fıkrasında belirlenen oranları geçmemek üzere personele ek ödeme olarak dağıtılabilir. Bağış, faiz, kira gelirinden elde edilen döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele ek ödeme olarak dağıtılamayacağı hüküm altına alınmıştır. 12/01/2021 tarih ve 31362 sayılı yönetmelik ile 01/11/2020 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere iki ay süreyle yer ve/veya personel yönünden kapsamı ve oranı Bakan tarafından belirlenmek kaydıyla personele ek ödeme yapılabileceği, bu şekilde yapılacak ödeme tutarı toplamı mesai içi tavan ek ödeme tutarını geçemeyeceğini belirten "Geçici Madde 3" eklenmiştir.

2.11. Performansa Dayalı Ödemede Ücret-Performans Bağlantısı

Doğru işte doğru personelin çalıştırılması ve bu işten verim alınması için günümüz idarecileri, performans yönetimi sürecinin etkin uygulanması ile süreci kontrol altına alabilmektedir. Ücret yönetimi ile performans ölçümleme ve değerlendirme sürecine yapıcı ve destekleyici bakış açısı kazandırmak için, ulaşılan veriler paylaşılabılır ve öğrenilebilir hale geldikçe etkinlik ve verimlilik doğru oranda yükselecek ve çalışanların örgüte olan bağlılığı artacaktır. Günün şartlarından etkilenen ücret kuramları, kolektif yapıdan uzaklaşıp bireyin sergilediği performans ölçütleri doğrultusunda artan verimliliğe doğru kayma göstermiştir. Bu durum, etkililiği ve verimliliği sağlamak için çalışanların performans ve motivasyonunu ücretten ayrı düşünemeyen uygulama ve yöntemlerin önemini arttırmıştır (Öztürk, 2010: 8).

Ücret kavramı, 4857 sayılı İş Kanunu'nda, bir kimseye bir iş karşılığında işveren veya üçüncü kişiler tarafından sağlanan ve para ile ödenen tutar olarak tanımlanmıştır. Temel amacı çalışanları motive ederek yapılan işten daha fazla verim elde etmek, kaliteli işçilik ve etkin hizmet üretimi sağlamak aynı zamanda çalışanın işletmeyle olan bağını güçlendirerek işletme içinde kalmasını sağlamak olan

performansa dayalı ücret sistemleri çalışanlar tarafından adil bir yöntem olarak algılandığı sürece daha fazla etkili olacaktır.

Performansa dayalı ücret sisteminin çalışan performansını olumlu yönde etkilemesi birtakım kriterlerin sağlanmasıyla mümkün olacaktır. Uygulanacak sistemin objektif olması, ölçülebilir ve önemli olanı ölçer olması, performans ölçümü yapılırken doğru değerlendirme sisteminin kullanılması, çalışanlara geri bildirim sağlanması ve çalışanların kontrolü dışında olacak durumların performans ölçümünde hesaba katılmaması bu kriterlerden bazılarını oluşturmaktadır (Kestane, 2003: 133).

Ayrıca statü ve kurumlar arası farklılıklardan dolayı yaşanan ücret dengesizliğinin düzeltilmeye çalışılması ve kamu kaynaklarının kullanımında mali sorumluluk algısının yaygınlaşması performansa dayalı ücret sistemlerinin kamu kurumlarında uygulanmasına neden olmuş ve çalışan performansının belirlenen kriterler çerçevesinde ödüllendirilmesi kurumsal maliyetlerden tasarruf sağlamaya imkân vermiştir.

Ancak tüm bu olumlu yanlarına rağmen performansa dayalı ücretlendirmenin birtakım olumsuz tarafları da mevcuttur. Bunlar arasında çalışanlar arasında rekabet oluşturulmak isterken anlaşmazlıkların çıkması ve bu durumun kurumsal barışa zarar vermesi, verimli çalışanların ödüllendirilmemesi böylece yüksek performanslı çalışanların bu durumdan olumsuz etkilenmesi veya kurumdan ayrılmaya teşvik etmesi, çalışanlardan yalnızca ücretlendirme yoluyla verim alınabileceği algısı, yöneticilerin adil, objektif olmamalarının çalışanları yönetime karşı tutum sergilemeye yönlendirmesi gibi etkenler ücretlendirme politikalarının doğru uygulanmaması neticesinde çalışan performansı üzerinde olumsuz etki oluşturacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ VE UYGULAMALARI: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

“Ölçülemeyeni anlamak imkansızdır ve anlaşılamayan bir şey geliştirilemez.” sözünün önemi günümüz organizasyonlarında karşılık bulduğundan daha az maliyetle daha yüksek performansa ulaşmak isteyen organizasyonlar için kalite iyileştirmenin merkezinde “ölçme” yer almaktadır. Kaynakların kıt, talebin yüksek olduğu sağlık sektöründe en az kaynakla en çok çıktı sağlamak ve çıktının kalitesini yükseltmek amacıyla çalışmalar her zaman yapılmıştır. Ülkemizde hastanelerin etkin, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunmalarını sağlamak böylece artan maliyetlerin kontrolü başta olmak üzere hizmetin aksayan yönlerini ve hastaların beklentilerini karşılamak için performans yönetimi önem kazanmıştır. Bu bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan performans yönetimi sürecinin Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi özelinde analizi yapılacaktır.

3.1.Hastanenin Tarihçesi

İl halkı ve bölge halkı için önemli derecede sağlık hizmeti sunarak, hastalara şifa olma yolunda değerli bir konuma sahip olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1950 yılında Van Devlet Hastanesi ismiyle, tek blok ve 50 yatak kapasitesi ile hizmete açılmıştır. Bölgenin nüfus artış hızı ve gelişmesine paralel olarak ortalama her on yılda bir blok inşa edilerek şehir merkezinde 25.000 m² kapalı alanda 419 yatak kapasitesi ile hizmet vermiştir. 2011 yılı Eylül ayından itibaren Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak 700 yatak sayısı ile sağlık hizmeti sunumuna devam etmiştir. 23 Ekim 2011 ve 11 Kasım 2011 tarihlerinde meydana gelen 7,2 büyüklüğündeki Van depremi sonucu farklı yerleşkede bulunan İpekyolu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesi ile Yüksek İhtisas Hastanesi binalarının zarar görmesi sonucunda aynı çatı altında hizmet vermeye başlamışlardır. 2 Mayıs 2016 tarihinde 634 yataklı İpekyolu Kadın Doğum ve Çocuk

Hastalıkları Hastanesini bünyesine katarak 1.334 yataklı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermeye devam etmiştir. 24.07.2016 tarihinde 667 sayılı KHK gereğince 240 yataklı Özel İstanbul Hastanesi Kadın Doğum ve Cerrahi Merkezi, İpekyolu Ek Binası olarak; 26.08.2016 tarihinde 669 sayılı KHK gereğince 53 yataklı Van Asker Hastanesi, İskele Binası olarak hastane bünyesine katılmıştır.

KHK'ler gereğince gerçekleşen birleşmeler sonucunda 1.334 olan yatak sayısı, 1627 tescilli yatak sayısına ulaşmıştır. A2 rolünü üstlenen SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, il genelinde 1.100.190 nüfusa hitap etmektedir. Van, Hakkâri, Muş, Bitlis illeri ile Ağrı ilinin Patnos ve Doğubayazıt ilçelerini kapsayan 2. Sağlık Hizmet Bölgesinde yer almakta olup, 4 ayrı yerleşke içinde 5 farklı binada 2.358.809 nüfusa hizmet vermektedir. Ana Bina, Kadın Doğum ve Çocuk, Kardiyo Vasküler Cerrahi (KVC) ek binaları aynı yerleşke içerisinde kamu sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunun yanı sıra İpekyolu Ek Binası, İskele Binası ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) binası şehir merkezinde farklı lokasyonlarda hizmet vermektedir. 204.269 metrekare kapalı alanı ve Dünya Standartlarında 3. Basamak Acil Servis Hizmeti ile il ve bölge halkına hizmet verilmektedir (vaneah.saglik.gov.tr).

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi; nüfus, coğrafya, bölgesel kalkınma planları, temel istatistiki göstergeler, illerin sosyo ekonomik gelişmişlik sıralamasının temel faktör olarak alındığı İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasında (İBBS) Ortadoğu Anadolu Bölgesi içerisinde yer almaktadır (SB, 2021a: 5).

3.2.Araştırmanın Metodolojisi

Bu çalışmada, çalışma konusuyla alakalı “Belgesel Kaynak Tarama Yöntemi” kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. Bu yöntem araştırmacının üzerinde çalıştığı konu hakkında mevcut kaynakları incelemek suretiyle veri elde etme yöntemidir. Belgesel kaynak tarama yöntemi, incelemesi yapılacak olay hakkında başka kişiler veya kuruluşlar tarafından hazırlanan çeşitli belge veya yazının toplanarak analiz edilmesidir. Konu hakkındaki her nevi kitap, makale, belge, tutanak, anı gibi yazılı kaynaklar inceleme alanına girmektedir. Aynı zamanda görsel

veya işitsel kaynaklar ve internet aracılığıyla ulaşılan belgeler de belgesel kaynak tarama yöntemi olarak araştırmacılar açısından önemli kaynaklardır (omu.edu.tr).

Bu doğrultuda yerli ve yabancı kaynaklar, tezler, makaleler, kitaplar, bildiriler, Sağlık Bakanlığı raporları taranarak konunun kavramsal çerçevesi oluşturulmuştur. Çalışmanın özelinde incelenen SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin performans yönetimi ve uygulamaları konusu ise elde edilen birincil kaynaklar (elektronik/fiziki rapor, belge ve diğer resmi evraklar) baz alınarak yazılmıştır. Birincil kaynaklar değerlendirilirken “Doküman Analizi Yöntemi” kullanılarak tanımlayıcı tipte bir araştırma yapılmıştır. Doküman analizi yöntemi, basılı ve elektronik olmak üzere tüm yazılı belgelerlerin içeriğini titizlikle ve sistematik olarak analiz etmek için kullanılan nitel bir araştırma yöntemidir (Kıral, 2020: 184). Ulaşılan veriler yüzde, oran, sayı gibi istatistiki verilerin yorumlanmasına dayanmaktadır.

3.3.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu hastanelerinde uygulanan performans kriterlerini SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi özelinde analiz etmektir. Anılan hastanenin performans yönetimi ve uygulamalarını yerine getirirken sürecin başarılı ve başarısız olduğu durumları belirleyerek gerçekçi hedeflerin ortaya konulmasını sağlamak ve böylece etkin ve verimli performans uygulamaları hakkında atılabilecek adımları sıralamaktır. Böylece uygun, güvenilir, uygulanabilir ve kapsayıcı olan kamu sağlık hizmeti sunumu için önerilerde bulunmaktır. Performans yönetimi ve uygulamalarının hastanelerin kurumsal gelişimine önemli etkisi olmakta, bunu iyi uygulayan yöneticiler sayesinde bireysel ve kurumsal gelişime önemli katkı sağlanmaktadır. Hastane yöneticilerinin hastane faaliyetlerinin etkinliğini sağlama ve maliyetleri kontrol altına alma konusunda kurumsal performansı geliştirmek ve örgütsel verimliliği en üst noktaya taşıma sorumluluğu vardır. Elde edilen verilerin analizi sonucunda hastanenin daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunmasına engel olacak nedenler hastane yöneticilerinin yararlanması adına belirtilecektir. Yöneticiler tarafından performans yönetimi ve uygulamaları yerine getirilmeye çalışılırken sürecin aksaklıklarını tespit etmek kurumsal hedeflerin daha etkili bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayacaktır. Ülke

kaynaklarının israf edilmeden kullanılması ve insan gücünden verim alınması performans uygulamalarının önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Performans analizinin yapılması hastanenin bir nevi kendine ayna tutması olacağından, kurumsal gelişme açısından oldukça önemlidir. Bu kadar önemli olan performans kriterlerinin ölçümünün SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi özelinde ele alınmasının anılan hastane ve diğer kamu hastanelerinin kurumsal gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye'deki bütün hastaneler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem olarak SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma hastanesi seçilmiştir.

3.5.Araştırmanın Sınırları

Çalışma örnekleminde yer alan SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin performans analizi, hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı, yatak başına düşen hekim oranı, yatak başına düşen hemşire oranı, hekim başına ağırlıklı ameliyat sayısı, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı ile sınırlı kalacaktır. Anılan hastanenin son dönemlerde özellikle Kanun Hükmünde Kararname (KHK)'ler sonucunda birtakım değişikliklerden etkilenmesi ve performans uygulamalarının daha iyi anlaşılması adına 2017-2020 yılları arasındaki performans kriterlerine ait veriler değerlendirilecektir

3.6.Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi ve belgesel kaynak tarama yöntemi kullanılmıştır. Literatür taraması için yerli ve yabancı tez, makale, bildiri, kitap, dergi gibi kaynaklardan faydalanılmıştır. Araştırmanın yapılması için belirlenen performans kriterlerinin incelenmesi ve değerlendirilmesi için 2017, 2018, 2019 ve 2020 yılı verileri SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınarak temin edilmiştir. Veriler analiz edilirken Sağlık Bakanlığı'na ait istatistik yıllıklarından, verimlilik gösterge kartlarından ve kadro standartları yönergesinden faydalanılmıştır.

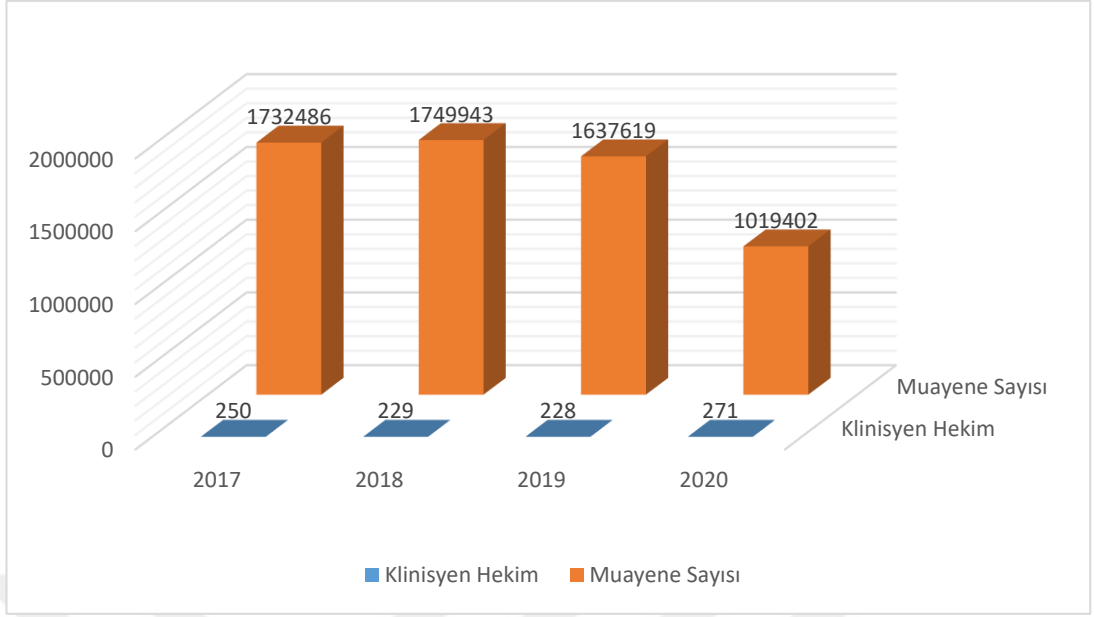
Araştırma yapıldığında Sağlık Bakanlığı'na ait 2020 yılına ait istatistik çalışmaları henüz yayınlanmadığından hastaneden temin edilen 2020 yılı verileri il, bölge veya ülke geneli karşılaştırmalarda kullanılmayacak, sadece hastanenin yıllar bazında karşılaştırmalı değerlendirmesi yapılırken kullanılacaktır.

3.6.1. Hekim Başına Düşen Günlük Poliklinik Sayısı

Bir hekimin bir yıl içerisinde kaç tane hastayı ayakta muayene ettiğini belirlemek için hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı kullanılır. Bu sayının yüksek çıkması istenen bir durum olmakla beraber hekimin aktif çalışmasını tespit etmek açısından önemlidir.

“Hekim Başına Düşen Poliklinik Sayısı = Poliklinik Sayısı / Hekim Sayısı” şeklinde hesaplanarak tespit edilir (Kırgın, 2011:97).

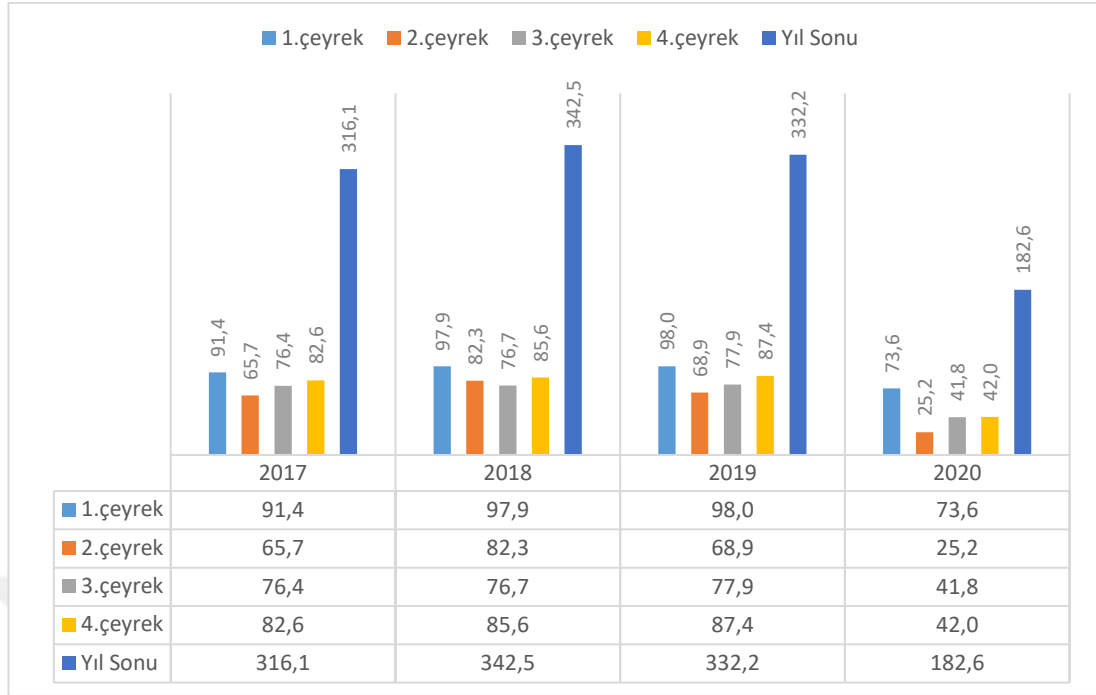
Sağlık Bakanlığı Verimlilik Karne Uygulaması Gösterge Kartları'na göre bu göstergenin amacı poliklinik yapan cerrahi ve dahili branş klinisyen hekim başına düşen günlük hasta sayısını ölçmektir. Klinisyen hekim başına düşen günlük hasta sayısının kabul edilebilir değeri; sağlık tesisinin bulunduğu hizmet sınıfının ilgili branştaki klinisyen hekim başına düşen günlük hasta sayısının aritmetik ortalamasıdır. Hesaplama için cerrahi ve dahili branşlardaki toplam hasta sayısı (A), ilgili branştaki aktif çalışma gün katsayıları toplamı (B), ilgili dönemdeki ay sayısı (C) olmak üzere; sağlık tesisinin değeri: $A / (B \times C \times 22)$ şeklinde hesaplanır (khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr). Elimizdeki veriler SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait olduğundan analiz yapılırken hastanenin yıllar bazında karşılaştırılması yapılacaktır.



Şekil 3. 1: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllara Göre Klinisyen Hekim ve Poliklinik Sayıları (Diş ve Acil Hariç), (2017-2020).

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Şekil 3.1’de SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yıl bazında cerrahi ve dahili branşlar için toplam muayene sayısı (diş ve acil hariç) ve cerrahi ve dahili branşlar için yıl sonu klinisyen hekim sayısı yer almaktadır. Şekil 3.1 incelendiğinde en çok muayenenin 2018 yılında yapıldığı bu sayının 1749943’e ulaştığı görülmektedir. Araştırmada yer alan yıllara oranla hekimlerin daha aktif çalıştığı, daha fazla sağlık hizmeti sunduğu 2018’de klinisyen hekim sayısı 229’dur. En az muayene sayısı ise 1019402 olarak 2020 yılına ait olmuştur. Diğer yıllara göre en fazla klinisyen hekimin çalıştığı 2020 yılında 271 hekim görev yapmıştır. Hekim sayısının çok muayene sayısının ise az olmasının nedeni olarak 2020 yılında ülkemizde etkili olan COVID-19 pandemisi düşünülmektedir. COVID-19’un ülkemizde görüldüğü 2020 yılında, hastalığın henüz tam olarak bilinmemesi ve bu durumun insanlarda bir panik havası oluşturmalarının polikliniklere başvuru sayısının azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir. En az klinisyen hekimin çalıştığı yıl ise 2019’dur. 2019’da 228 klinisyen hekim görev yapmış ve toplam poliklinik sayısı 1637619 olmuştur.



Şekil 3.2: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Klinisyen Hekim Başına Düşen Günlük Poliklinik Sayıları (Diş ve Acil Hariç), 3 Aylık Periyotlar ve Yıl Sonu **Toplamı**, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Şekil 3.2’de SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin klinisyen hekim başına düşen günlük poliklinik (diş ve acil hariç) sayıları 3 aylık aralıklar ve yıl sonu toplamı olarak belirtilmiştir. Şekil 3.2 incelendiğinde 2017 yılında klinisyen hekimlerin en aktif çalıştıkları dönem yılın 1.çeyreği olmuştur. Klinisyen hekim başına günlük 91,4 poliklinik düşmektedir. 2017 yılında klinisyen hekim başına en az günlük poliklinik sayısı yılın 2.çeyreğinde mevcut olup bu sayı 65,7 olmuştur. 2018 yılında en fazla günlük poliklinik sayısı 97,9 ile yılın 1.çeyreğinde görülürken en az günlük poliklinik sayısı ise 76,7’le yılın 3. çeyreğinde görülmektedir. 2019 yılı 1.çeyreğinde klinisyen hekim başına günlük 98 poliklinik düştüğü, bu sayının ise çalışmaya konu olan tüm yıllarda ulaşılan en yüksek poliklinik sayısı olduğu görülmektedir. 2020 yılı incelendiğinde klinisyen hekim başına düşen günlük poliklinik sayısının en fazla olduğu dönemin yılın 1.çeyreği olduğu bu sayının ise 73,6 poliklinike ulaştığı görülmektedir. 2020 yılının 2.çeyreğinde klinisyen hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı 25,2’dir. Bu, aynı zamanda çalışmaya konu olan tüm yıllarda tespit en düşük poliklinik sayısı olmuştur.

Yıl sonu esas alınarak veriler incelendiğinde, hekimlerin en aktif çalıştığı ve daha çok hastaya ulaştığı yıl 2018 olmuştur. Yıl sonu ortalaması klinisyen hekim başına 342,5 poliklinik yapıldığı görülmektedir. En az günlük poliklinik sayısı ise klinisyen hekim başına 182,6 polikliniğin düştüğü 2020 yılı olmuştur. Şekil 3.1’de belirttiği üzere en fazla klinisyen hekim 2020 yılında çalışmasına rağmen en az sayıda polikliniğin yapıldığı tespit edilmiştir. Bu durumun en önemli etkenin COVID-19 salgını olduğunu düşünülmektedir. Ayrıca belirtilen tüm yıllarda sırasıyla yılın 1.çeyreği ve 4.çeyreğinin en fazla poliklinik yapılan zaman dilimi olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun nedeni olarak sonbahar ve kış mevsimlerinde özellikle salgın hastalıkların daha yaygın olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hekim başına düşen günlük poliklinik sayısının fazla olması hekimin aktif çalışması ve hastaların sağlık hizmetine ulaşması açısından önemlidir. Bu sayının az olması hastane performansını olumsuz etkileyecektir. Poliklinik sayısına bağlı olarak diğer performans göstergelerinin de etkileneceği göz ardı edilmemelidir.

3.6.2. Yatak Başına Düşen Hekim Oranı

Artan nüfus ve çoğalan sağlık sorunlarıyla beraber hastaneye başvurular artma eğilimi göstermiştir. Bu bağlamda başta hekim olmak üzere daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç duyulmuştur. Sağlık Bakanlığı’na ait yıllık istatistik raporları incelendiğinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilan edildiği 2003 yılından günümüze kadar geçen sürede hekim istihdamının arttığı görülmektedir. Bu durum gerek ayaktan gerek yatarak tedavi gören hastaların sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri açısından önem arz etmektedir. Daha etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak için hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında çalışan hekim sayılarının, Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yataklı Tedavi Kurumlarına Yönelik Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği’nde belirlenen sayıya ulaşması sağlanmalıdır. Söz konusu yönetmelik kapsamında Personel Dağılım Cetveli (PDC) yayınlanmaktadır.

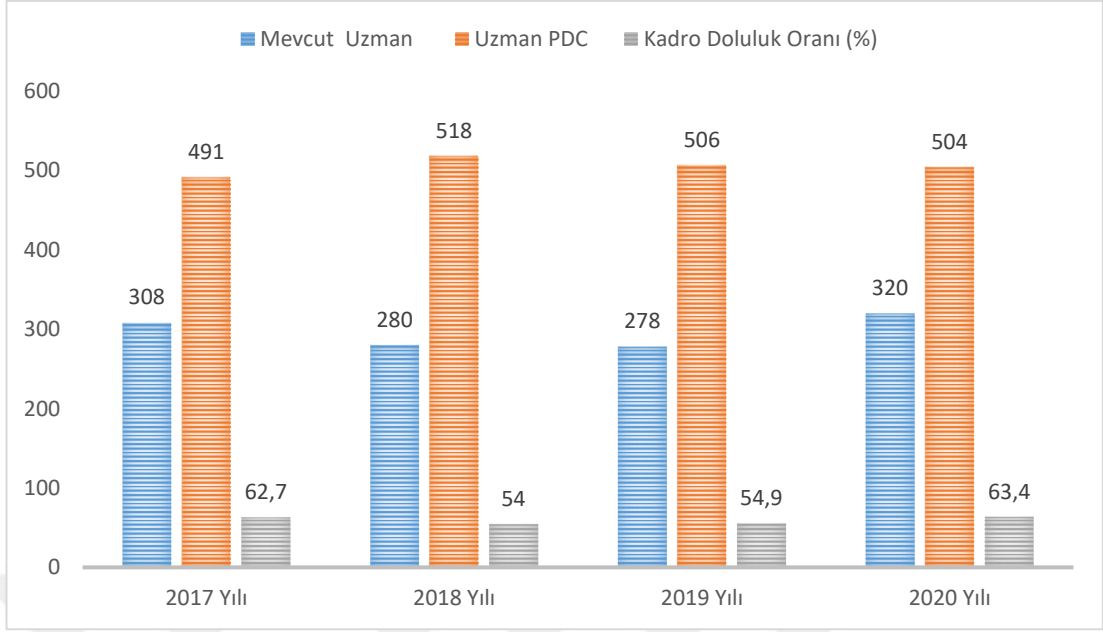
Personel Dağılım Cetveli (PDC), Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların taşra teşkilatında iller ve birimler itibarı ile sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışacak mevcut personelin unvan ve branşlara göre sayısını belirlemeye yönelik

planlama çalışmasıdır. Personelin illere göre planlanmasında temel ilke TÜİK tarafından belirlenen nüfustur. Personel sayısının dağılımında tüm ülkeye veya bölgeye hizmet veren genel ve dal hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine, il dışından başvuru, yıllık ortalama poliklinik sayısı, yıllık ameliyat sayısı, özellik arz eden birimlerinin olması (yoğun bakım ünitesi, reanimasyon ünitesi, yanık ünitesi, diyaliz, kan bankası ve benzeri birimlerin bulunması), personel dağılımını etkileyecek ölçüde demografik, epidemiyolojik (hastalık insidans ve prevalansı vb), coğrafi ve turizm kaynaklı değişiklikler olması, hekime başvuru sıklığı, illerin tıbbi cihaz ve fiziki mekân kapasitesi, personel dağılımını etkileyecek ölçüde nüfus hareketleri ya da poliklinik sayısındaki farklılıklar, ulaşım şartları, vardiya hizmetleri gibi etkenler ölçüt olarak kabul edilmektedir (mevzuat.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu PDC incelendiğinde araştırmaya konu olan tüm yıllara ait SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin olması gereken uzman hekim ve pratisyen hekim sayısı aşağıda belirtmiş olduğumuz şekillerde yer almaktadır. Bu şekillerde mevcut çalışan pratisyen ve uzman hekim sayıları da belirtilmiş olup karşılaştırma yapılmıştır.

Yatak başına düşen hekim oranı hesaplanırken toplam hekim sayısının toplam yatak sayısına oranı baz alınmıştır. Bu oranlama mevcut çalışan toplam hekim sayısı baz alınarak halihazırda yatak başına düşen hekim oranı ve PDC baz alınarak olması gereken hekim oranı şeklinde hesaplanarak karşılaştırma yapılmıştır.

Buradaki amaç hastane performansı açısından kritik öneme sahip olan hekim durumunu incelemek, PDC'ye göre eksiklik veya fazlalık olup olmadığını tespit etmektir. Bu bakımdan uzman hekim ve pratisyen hekim kadro doluluk oranı hesaplanırken PDC esas alınmıştır.

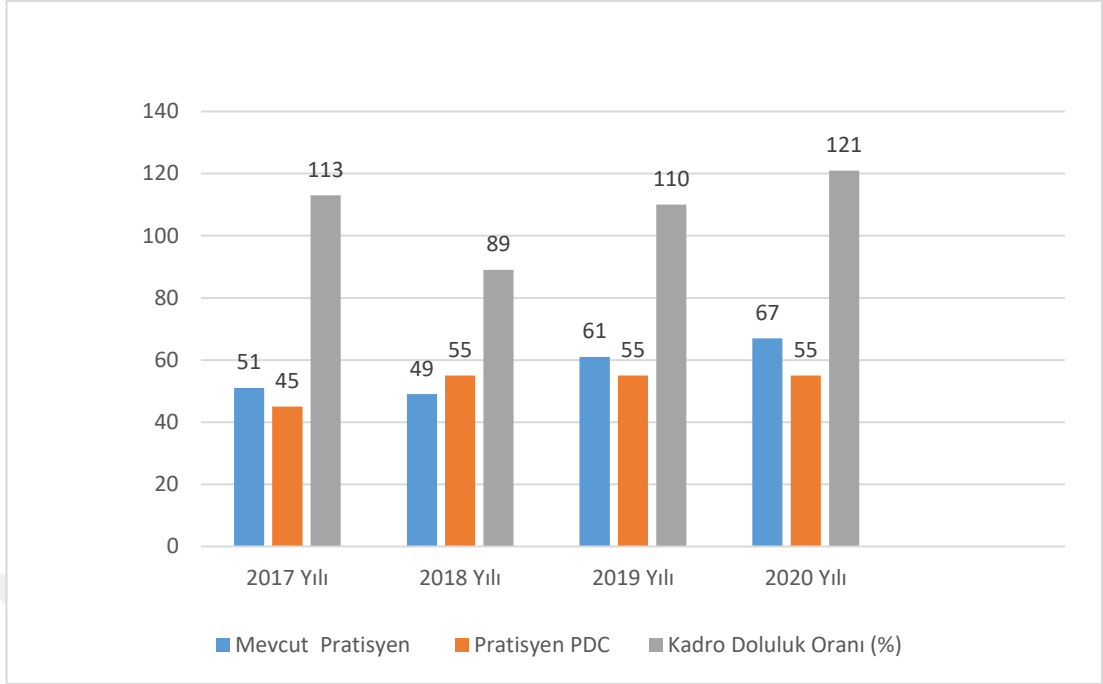


Şekil 3.3: SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzman Hekim Mevcut ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2017,2018,2019,2020.

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017-2020 yıllarına ait uzman hekim mevcut sayısı ile PDC sayılarının yer aldığı şekil 3.3 incelendiğinde, en az sayıda uzman hekimin 2019 yılında çalıştığı ve bu sayının 278 olduğu görülmektedir. 2019 yılında, PDC'ye göre 506 uzman hekimin görev yapması gerekirken bu sayının yalnızca %54,9'u karşılanabilmiştir. En fazla uzman hekim sayısının yer aldığı 2020 yılında ise 320 uzman hekim çalışmıştır. Buna rağmen kadro doluluk oranının %63,4 olduğu görülmektedir. 2017 ve 2018 yıllarında ait uzman hekim sayısı kadro doluluk oranının sırasıyla %62,7 ve %54 olduğu görülmektedir. Yıllara göre PDC'de belirtilen uzman hekim sayısının değiştiği bu anlamda mevcut hekim ihtiyacının farklılık gösterdiği göz önüne alındığında bile çalışmaya konu olan tüm yıllarda SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin uzman hekim açığının olduğu görülmektedir.



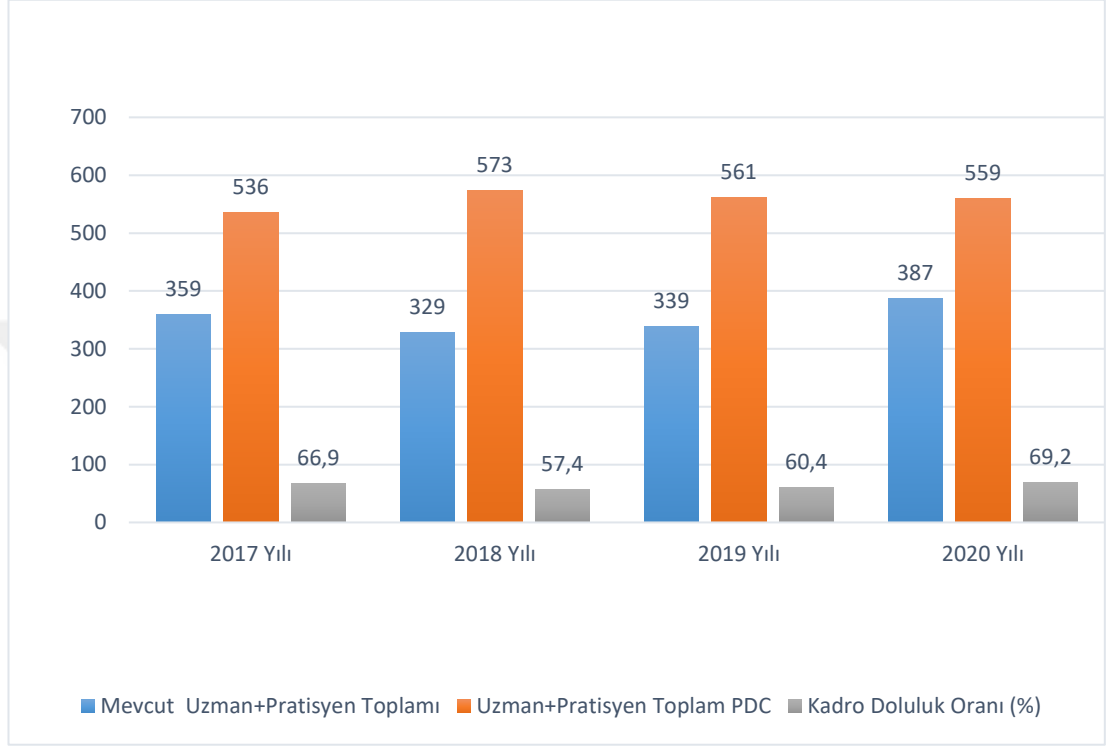
Şekil 3.4: SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pratisyen Hekim Mevcut ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2017,2018,2019,2020.

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017-2020 yıllarına ait pratisyen hekim mevcut sayısı ile PDC sayılarının yer aldığı şekil 3.4 incelendiğinde, en fazla pratisyen hekim sayısı 2020 yılına ait olup 67 pratisyen hekim mevcuttur. En az pratisyen hekim sayısının ise 2018 yılında olduğu görülmektedir. 2018 yılında 49 pratisyen hekim çalışmıştır. PDC'de belirtilen pratisyen hekim sayısı 2017 yılında 45 iken mevcut pratisyen sayısı 51 olduğundan kadro doluluk oranı %113 olarak tespit edilmiştir. 2018, 2019 ve 2020 yıllarında görüldüğü üzere PDC pratisyen hekim sayısı 55'e yükseltilmiştir. 2018 yılında kadro doluluk oranı %89 iken 2019 ve 2020 yıllarında kadro doluluk oranı sırasıyla %110 ve %121 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar, PDC üstü pratisyen hekim çalıştırıldığını göstermektedir. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde PDC fazlası pratisyen hekim çalıştırılmasında ilçe hastanelerinden geçici görevle pratisyen hekim alınmasının yahut PDC üstü atama yapılmasının neden olduğu düşünülmektedir. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bölgeye hitap eden büyük bir sağlık tesisi olması bu nedenle PDC'de belirtilen pratisyen hekim sayılarının yetersiz kalması anılan hastanede ihtiyaca

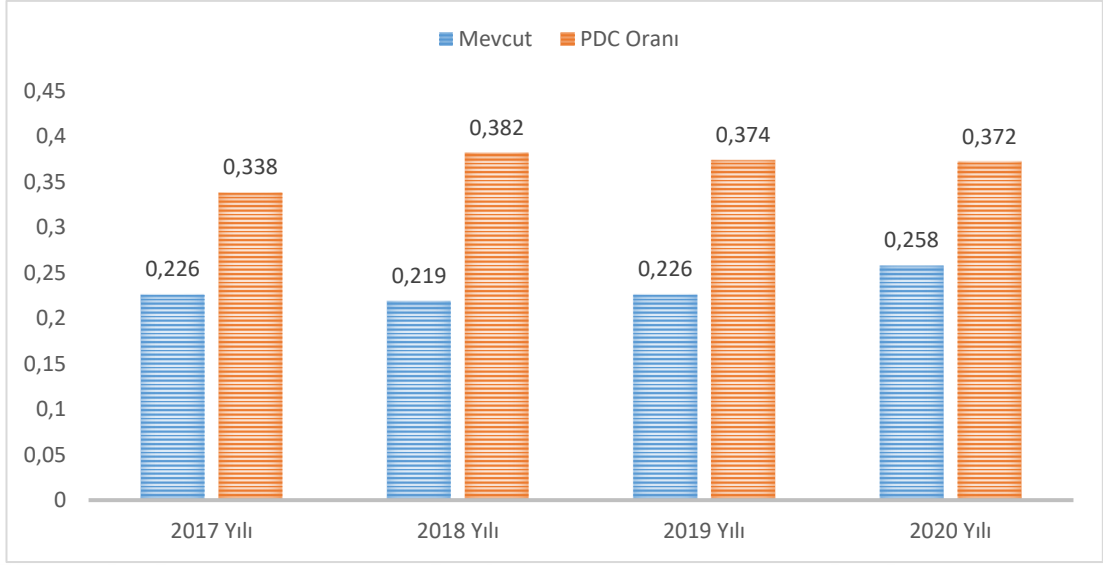
binaen, PDC fazlası pratisyen hekim çalıştırılmasının nedeni olarak düşünülse de Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen PDC pratisyen hekim sayısının üstünde hekimin çalışması insan kaynakları planlamasının yeniden gözden geçirilmesini gerektirmektedir.



Şekil 3.5: SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzman ve Pratisyen Hekim Toplam Mevcut ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.
Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2017,2018,2019,2020.

Şekil 3.5'te SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ait uzman hekim ve pratisyen hekim toplamının mevcut sayısı ile toplam PDC sayısının karşılaştırılması yapılmaktadır. Yıllara göre toplam PDC sayıları değişse de en fazla hekiminin 2020 yılında olduğu görülmektedir. Bu sayı aynı yıla ait PDC sayısı ile oranlandığında toplam kadronun %69,2'si karşılanmıştır. En düşük hekim sayısının ise 329'la 2018 yılına ait olduğu görülmektedir. 2018 yılında 573 olarak belirlenmiş uzman ve pratisyen hekim toplam PDC sayısının %57,4 oranında dolu olduğu görülmektedir. Bu tablo toplam hekim sayısının genel değerlendirmesi açısından önemlidir.



Şekil 3.6: Yatak Başına Düşen Hekim Oranı, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.
Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2017,2018,2019,2020.

Şekil 3.6’da SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yatak başına düşen hekim oranı yer almaktadır. Bu oran hesaplanırken toplam hekim sayısının toplam yatak sayısına oranı esas alınmıştır. PDC’de belirlenen hekim sayısı ile hastane yatak sayısının oranı yatak başına düşmesi gereken hekim oranını belirtmekte iken, mevcut hekim sayısının yatak sayısına oranı ise yatak başına düşen hekim oranının halihazırdaki durumunu göstermektedir. PDC ve mevcut çalışan hekim sayılarındaki değişkenliğe rağmen en düşük oranın 0,219 ile 2018 yılına ait olduğu görülmektedir. 2018 yılına ait yatak başına düşen PDC hekim oranı ise 0,382 olarak hesaplanmıştır. Yani her 10 yatağa 3,82 oranında hekim düşmesi gerekirken ulaşılan oran 2,19 olmuştur. Yıllar bazında yatak başına düşen en yüksek hekim oranı 0,258 olarak 2020 yılında gerçekleşmiştir. 2017 yılına ait hesaplama yapılırken yılın son çeyreğinde yatak sayısının 1627’den 1500’e düşürülmesi göz önüne alınarak ortalama yatak sayısı, yıl ortalaması olan 1584 yatak üzerinden hesaplanmıştır.

Genel olarak bakıldığında SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin uzman hekim ihtiyacının olduğu bu durumun ise yatak başına düşen hekim oranında azalmaya yol açtığı görülmektedir. Ancak bu ihtiyacın tam olarak doğru saptanması

cerrahi ve dahili branşlara ait sayıların ayrı ayrı ele alınmasını gerektirmektedir. Uzmanlık alanına göre sayılar farklılık gösterecek olsa bile verilerin analizi totalde, özellikle uzman hekim eksikliğinin olduğunu ortaya koymaktadır. Her zaman olduğu gibi günümüzde de hastanelerin yükünü büyük oranda taşıyan ve ortaya koydukları hizmete göre hastanelerin performansına önemli ölçüde etki eden hekimlerin verimli ve etkin sağlık hizmeti sunumunda çok önemli bir konuma sahip olduğu aşıkardır. Yeteri kadar hekim istihdam edilmeden hizmet verilmesi hastaların ulaşılabilir sağlık hizmetinden yoksun kalmalarına yol açabilecektir. Bu durum ise hasta memnuniyeti açısından negatif sonuçların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Yatak başına düşen hekim sayısının eksikliği diğer performans göstergelerini de olumsuz yönde etkileyeceğinden hastane performansının ideal seviyelerde olması zorlaşacak, kurumsal hizmet hedefleri gerçekleştirilmeyecektir. Aynı zamanda hekimlerin yüksek motivasyonla hizmet vermesi de olumsuz etkileneceğinden verimli sağlık hizmeti sunmaları zorlaşacaktır. Hekim açığını kapatmak için tıp fakültesinden mezun öğrenci sayısının planlı bir şekilde arttırılması ve hekimlerin kamu hastaneleri bünyesinde görev yapmasını sağlayacak şartların iyileştirilmesi fayda sağlayacaktır. Yatak sayısının arttırılması ulaşılabilir, kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunumunda tek başına yeterli olmadığından performans hedeflerine ulaşmak için başta hekim olmak üzere sağlık personeli ihtiyacının karşılanması zorunludur.

3.6.3. Yatak Başına Düşen Hemşire Oranı

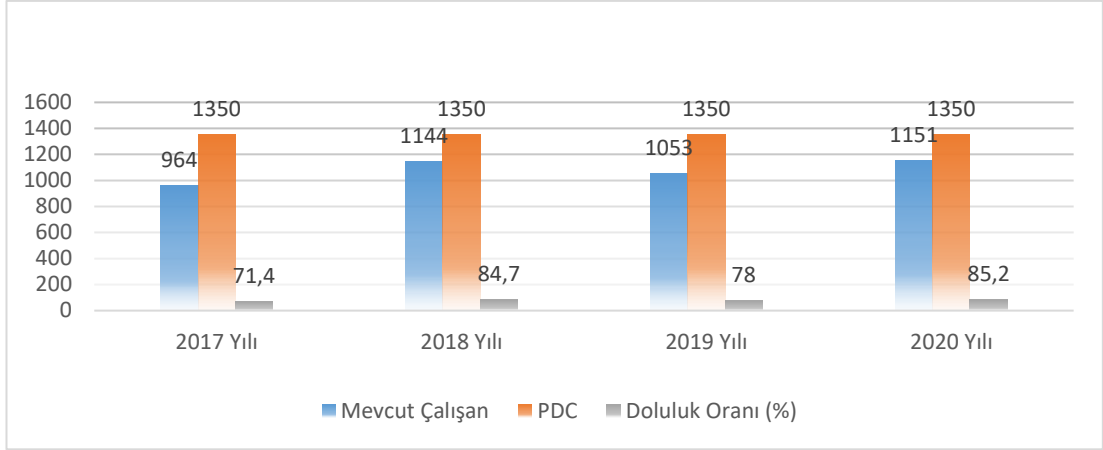
8647 sayılı Hemşirelik Kanunu hemşireyi; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli olarak tanımlamıştır (mevzuat. gov.tr).

Sağlık kurumlarında insan gücünden verim alabilmek ve etkin sağlık hizmeti sunabilmek adına hemşirelik hizmetleri büyük önem arz eder. Meslek olarak hemşirelik, sağlık hizmetlerinde bakımın karşılanma derecesidir. Hastaların kişisel,

teknik, bilimsel doğrultuda gereksinimlerini göz önünde bulundurarak bakım hizmeti vermektir (Bal, 2014: 148).

Hastalara sunulan sağlık hizmetinde hastanın kendini güvenli bir ortamda hissetmesi, sağlık insan gücü planlaması yapılırken hemşireliğin önemli bir konumda olması, toplumun sağlık eğitiminde hemşirelerin yer alması, hasta bakımında kalitenin sağlanması gibi hemşirelik hizmetlerinin çok sayıda kilit rolleri bulunmaktadır. Hemşire istihdamının yeterli ve planlı bir şekilde yapılması daha etkin sağlık hizmeti sunumu sağlayacağı gibi maliyetleri de düşürecektir. Aksi durumda hasta bakım kalitesi ve performansın düşmesi söz konusu olacaktır. Hemşire insan gücü planlaması yapılırken, çalışan hemşire sayısı ile çalışması gereken hemşire sayısının denk olması hedeflenmelidir. Bu bağlamda yapılacak değerlendirme Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yataklı Tedavi Kurumlarına Yönelik Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği esas alınarak yapılmalıdır. Söz konusu yönetmelik kapsamında Personel Dağılım Cetveli (PDC) yayımlanmaktadır. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki yatak başına düşen hemşire oranı hesaplanırken hemşire sayısının yatak sayısına oranı esas alınmıştır.

Şekil 3.7’de SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yıllar bazında çalışan mevcut hemşire sayısı ve PDC’ye göre olması gereken hemşire sayısı ile hemşire kadro doluluk oranı belirtilmektedir. Kadro doluluk oranı hesaplanırken PDC esas alınmıştır.

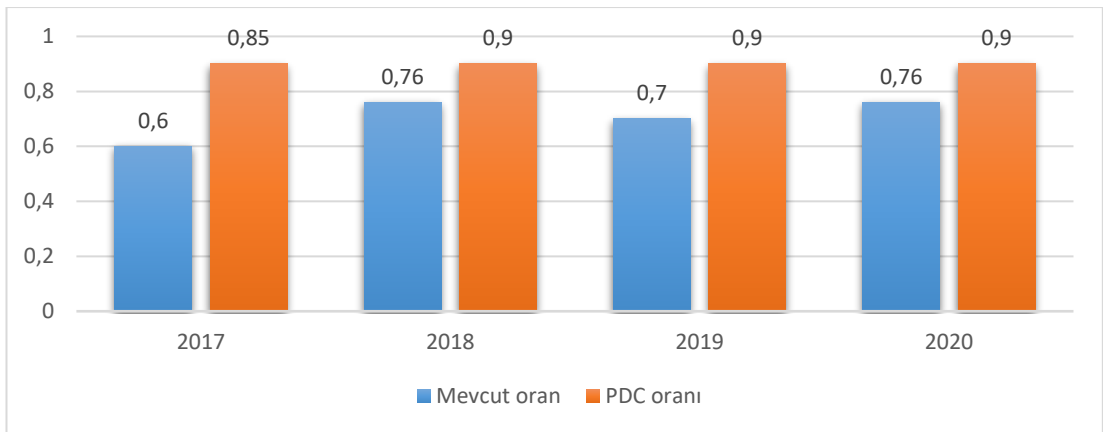


Şekil 3.7: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mevcut Hemşire Sayısı ve PDC Sayılarının Yıllar Bazında Dağılımı, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2017,2018,2019,2020.

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ait mevcut hemşire sayısı ve hemşire PDC sayılarının yer aldığı şekil 3.7 incelendiğinde, verilen tüm yıllarda hemşire kadrosuna ait PDC sayısının 1350 olarak belirlendiği ve değişmediği görülmektedir. Yapılan karşılaştırmada en fazla hemşirenin 2020 yılında çalıştığı görülmektedir. 2020 yılında 1151 hemşire görev yapmış ve kadronun %85,2'si doldurulmuştur. En az hemşirenin ise 2017 yılında çalıştığı görülmektedir. Kadro doluluk oranı %71,4 olan 2017 yılında 964 hemşire görev yapmıştır.



Şekil 3.8: Yatak Başına Düşen Hemşire Oranı, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2017,2018,2019,2020.

Şekil 3.8’de SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yatak başına düşen hemşire oranı yer almaktadır. Şekil incelendiğinde, 2017 yılına ait PDC oranı 0,85 iken diğer yıllarda hemşire PDC sayısı değişmediğinden yatak başına düşen hemşire PDC oranı 0,9 olarak sabit kalmıştır. 2017 yılına ait hesaplama yapılırken yılın son çeyreğinde yatak sayısının 1627’den 1500’e düşürülmesi göz önüne alınarak ortalama yatak sayısı, yıl ortalaması olan 1584 yatak sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Yatak başına en az hemşire oranı 2017 yılına ait olup, bir yatağa düşen hemşire oranı 0,6’dır. Yatak başına 0,76 ile en fazla düşen hemşire oranı ise 2020 ve 2018 yıllarına aittir. Bu yıllarda sırasıyla 1151 ve 1144 hemşire görev yapmıştır.

Tüm yıllara bakıldığında Sağlık Bakanlığı tarafından PDC’de açılan kadro sayısı kadar hemşire çalışmadığı görülmektedir. Bu durum ise yatak başına düşen hemşire oranının azalmasına neden olmaktadır. Yeterli sayıda hemşirenin çalışmaması hemşirelerin iş yükünü arttıracak, motivasyonunu, hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini azaltacak çok önemli bir etkidir.

Kanada Hemşireler Birliği Federasyonu’nun hazırladığı bir raporda; hemşire sayısının yeterli olmaması hastalarda yatak yaralarının artmasına, cerrahi girişimler sonrası yara enfeksiyonlarının artmasına, hastaların ilaçlarını kullanırken hata yapmalarına, hastalarda düşme riskinin artmasına ve neticede hastanın yeniden hastaneye yatışının yapılması gibi istenmeyen birtakım olumsuz sonuçların ortaya çıkabileceğine dair güçlü deneysel kanıtlar yer almıştır. Başka bir çalışmada ise yeterli sayıda hemşirenin çalıştırılmaması hasta memnuniyetinin düşüklüğüne neden olduğu gibi hemşire memnuniyeti ile hemşire sayısı arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Bal, 2014: 149).

Hastanelerde sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında önemli yeri olan hemşireler, yeterli sayıda istihdam edildiği takdirde hastaların yüksek kaliteli hizmet bakımına ulaşmalarına önemli katkı sağlayacaktır. Hemşire sayısının hastanelerin toplam kalite ve verimi üzerindeki etkileri hastane performansını doğrudan etkilemektedir. Yeterli sayıda hemşirenin çalışmasının hastane performans göstergeleri üzerinde olumlu etki oluşturacağı göz ardı edilmemelidir. Bu bakımdan hemşire istihdamına gereken önem verilmeli ve hastane içinde dağılımı bir plan dahilinde dengeli bir şekilde yapılmalıdır.

3.6.4. Hekim Başına Düşen Ağırlıklı Ameliyat Sayısı

Sağlık sistemi içerisinde önemli yeri olan cerrahi; hastalık ve dokuyu onarmak veya çıkarmak, insan vücuduna birtakım mekanik cihazlar implante etmek, damarları onarmak, doku veya organ nakli gerçekleştirmek, estetik ameliyatlara yapmak gibi insan sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık kurumlarında performans ölçütleri arasında yer alan hekim başına düşen ağırlıklı ameliyat sayısı, hastanelerde maliyeti saptamak adına önemli bir göstergedir. Verilen sağlık hizmetinin daha etkin ve verimli sunulduğunun ve ameliyathane masalarının daha verimli kullanıldığının göstergesi olarak hekim başına düşen ameliyat sayısı önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı Verimlilik Karne Uygulama Gösterge Kartları'na göre ameliyat sayıları hesaplanırken; ameliyathanede yapılan toplam ağırlıklı ameliyat (A1, A2, A3, B, C, D) sayısı (A), dönemdeki toplam gün sayısı (B) ve ameliyat masa sayısı (C) olmak üzere;

$A = [(A1 + A2 + A3) \times 5 + (B \times 3) + (C \times 2) + D]$ formülü kullanılmaktadır.

Ameliyathane kapasitesinin kullanımını ölçmeyi amaçlayan bu göstergede, sağlık tesisinin bulunduğu hizmet sınıfının ameliyat masası kullanımlarının aritmetik ortalaması, kabul edilebilir değer olarak belirlenmiştir (khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr).

Tablo 3.1 ve şekil 3.9'da yer alan veriler, SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına büyük ve orta (A, B, C) grup ameliyatlara ait olup, analiz yapılırken hastanenin yıllar bazında karşılaştırılması yapılmıştır.

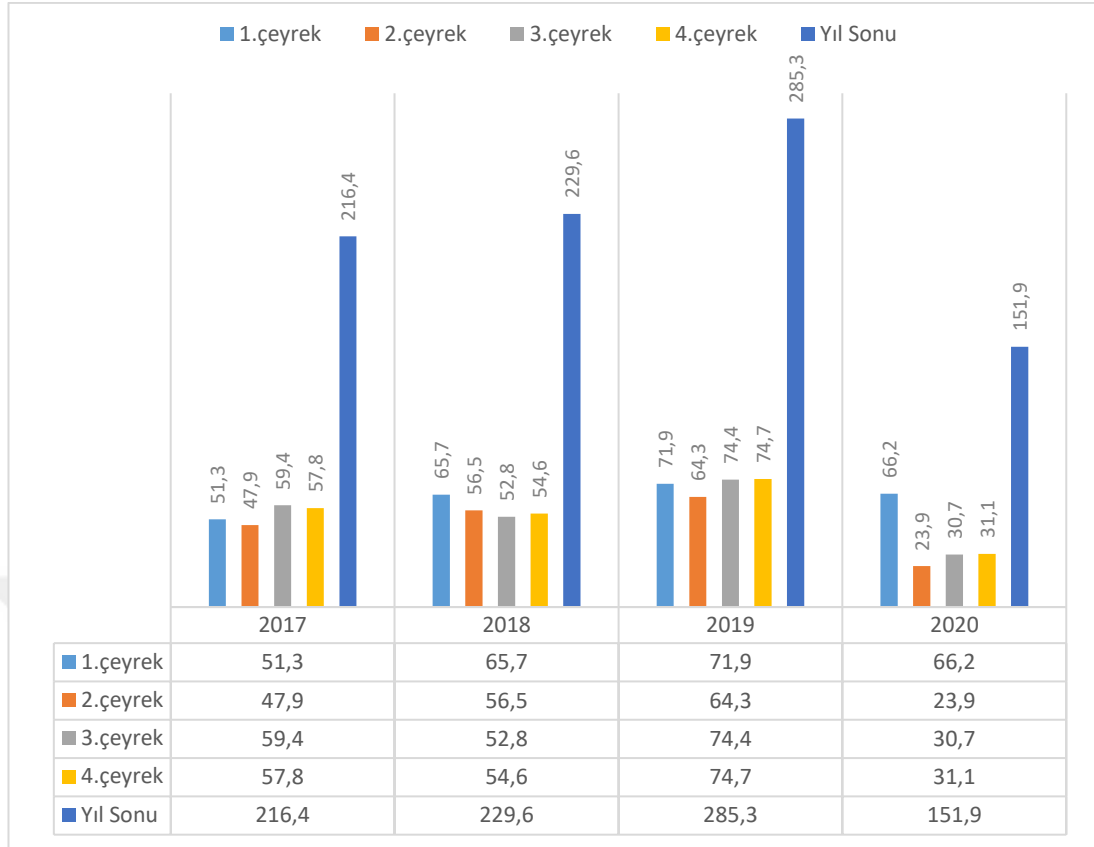
Tablo 3.1: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi A, B, C Grubu Ameliyat Sayıları, 2017-2020.

Yıl	A Grubu	B Grubu	C Grubu	A, B, C Toplamı	Toplam Ameliyat Sayısı	Büyük ve Orta (A, B, C) Ameliyat Oranı (%)
2017	1693	5488	11956	19137	69188	29,9
2018	1704	4863	11277	17844	57176	34
2019	1280	5681	14311	21272	64298	34,7
2020	1126	3533	9293	13952	41436	35,3

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Tablo 3.1’de SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin büyük ve orta (A, B, C grubu) ameliyat sayıları yer almaktadır. Tabloda A, B ve C grubunda yer alan ameliyat sayıları ayrı ayrı yer aldığı gibi A, B, C grubu toplamı ameliyat sayıları da verilmektedir. Verilen toplam ameliyat sayısı ise A, B, C, D, E ve diğer gününbirlik (D, E hariç) ameliyatların toplamını ifade etmektedir. Tablo incelendiğinde A grubu ameliyatların en fazla 2018 yılında yapıldığı görülmektedir. 2018 yılında 1704 özellikli ameliyat ve girişimin yapıldığı anlaşılmaktadır. A grubu ameliyatın en az yapıldığı yıl ise 1126 ameliyatla 2020 yılı olmuştur. B grubu ameliyatın en fazla yapıldığı yıl 2019 yılı olmuş toplam 5681 ameliyat yapılmıştır. En az yapılan B grubu ameliyat ise 2020 yılına aittir. 2020 yılında toplamda 3533 özel ameliyat ve girişimin yapıldığı anlaşılmaktadır. C grubu ameliyatın en fazla yapıldığı yıl 2019 olmuştur. Toplamda 14311 C grubu ameliyat yapılarak büyük ameliyat ve girişim yapılmıştır.

Yıllar bazında bakıldığında büyük ve orta ameliyat (A, B, C grubu) oranının en düşük olduğu yıl 2017 olmuştur. Bu durumun nedeni yapılan toplam ameliyat sayısı ile büyük ve orta ameliyat sayısı arasındaki farkın en fazla olmasıdır. 2017 yılında toplamda 69188 ameliyatın yapılması ameliyat masalarının en verimli kullanıldığı yıl olmasını sağlamıştır. A, B, C grubu ameliyatlar toplamda %29,9’luk bir orana sahiptir. A, B, C grubu ameliyatların en yüksek orana ulaştığı yıl ise 2020 olmuştur. 2020 yılına ait oranın %35,3 olduğu görülmektedir.



Şekil 3.9: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Hekim Başına Düşen Aylık Büyük ve Orta (A, B, C) Ameliyat Sayıları, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Şekil 3.9’da SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin cerrahi hekim başına düşen aylık büyük ve orta (A, B, C) ameliyat sayıları yer almaktadır. Bu sayılar 3 aylık periyotların toplamı ve yıl sonu toplamı olarak belirtilmiştir. Şekil incelendiğinde 2017 yılında ameliyathanenin en verimli kullanıldığı dönem yılın 3.çeyreği olmuştur. Cerrahi hekim başına 59,4 ameliyat düşmüş böylece yıl içinde en etkin ameliyathane hizmeti verilmiştir. 2017 yılının 2.çeyreğinde ise 47,9 ameliyata ulaşılmış, cerrahi hekim başına en az ameliyat düşmüştür. 2018 yılında 65,7 ameliyatla yılın 1.çeyreği en verimli dönem olmuştur. 2018 yılında ameliyathanenin en verimsiz kullanıldığı dönem ise cerrahi hekim başına 52,8 ameliyatın düştüğü yılın 3.çeyreği olmuştur. 2019 yılında yılın 4.çeyreği en verimli dönem olurken, cerrahi hekim başına en az ameliyatın yapıldığı dönem ise yılın 2.çeyreği olmuştur. 2020 yılının 1.çeyreğinde cerrahi hekim başına 66,2 ameliyat düşmüş böylece en çok ameliyatın

yapıldığı dönem olmuştur. Yılın 2.çeyreğinde ise cerrahi hekim başına 23,9 ameliyat düşmüş bu sayı gerek yıl içerisinde gerekse de diğer yıllarla karşılaştırıldığında en az ameliyatın yapıldığı dönem olmuştur.

Yıllar bazında karşılaştırma yapıldığında cerrahi hekim başına düşen aylık büyük ve orta (A, B, C) ameliyat sayılarının 2017, 2018 ve 2019 yıllarında yıl sonu ortalamasının düzenli olarak arttığı görülmektedir. Bu sayılar sırasıyla 216,4, 229,6 ve 285,3 olmuştur. Ameliyathane hizmetlerinde kaynak kullanımının en etkin olduğu yıl 2019 olmuştur. 2020 yılında ise cerrahi hekim başına düşen aylık ameliyat sayısının 151,9 ile sınırlı kaldığı görülmektedir. 2020 yılında birçok performans göstergesini olduğu gibi ameliyat sayılarını da olumsuz etkileyen temel etkenin COVID-19 salgını olduğu düşünülmektedir.

3.6.5. Yatak Doluluk Oranı

Hasta bir kişiye evi dışında, yani bir hastanede ihtiyaç duyduğu sağlık bakımının sağlanması M.Ö. 300 yılına kadar uzanmaktadır. Bu kadar eski bir geçmişe sahip olan sağlık tesislerinin sahip oldukları hasta yataklarının seviyesi ve dağılımı daima bir kamu yararı meselesi olmuştur. Hasta yataklarının hem kıt hem de pahalı olmaları söz konusu olduğundan, yatak kullanım oranları, gerçekçi ve etkili karar vermede başvurulacak önemli bir yöntemdir (Usman, Memon ve Shaikh, 2015: 368).

Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda hasta yatağının tanımı, "Hastaların 24 saatten fazla bakım ve tedavilerinin sağlanması amacıyla yatırıldığı, hasta odalarında ya da hastalara devamlı tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yataklara verilen addır." şeklinde yapılmıştır. Bakanlık tarafından yapılan istatistik çalışmalarında hasta yatak sayısına; yoğun bakım, prematüre ve yeni doğan ünitesindeki yataklar (kuvöz, açık bebek yatağı) ile yanık merkezi ve yanık odalarındaki yataklar ile nitelikli yataklar dahil edilmiştir. Yataklarla ilgili tüm hesaplamalarda kurumların fiili yatakları kullanılmıştır.

Neoliberal politikaların etkisi ile hastaneler arasında rekabet ortamı oluşmuş böylece artan maliyetler sonucunda hastane kaynaklarının verimli ve etkin kullanımı zorunlu hale gelmiştir. Hastanelerde finansal istikrarın sağlanması için verimlilik ve

performans ölçümü önem arz etmektedir. Yatak kullanım oranları hastane performansının ölçülmesinde ve finansal hareketlerin takibinde kullanılan bir göstergedir (Yiğit, 2017: 165).

Bir hastane içerisindeki toplam yatak sayısı hastanenin sahip olduğu kapasiteyi belirlemektedir. Hastaneler için en uygun yatak sayısının belirlenmesi siyasi ve idari etkililikle bağlantılı olup, kaliteli sağlık hizmetinin sunulması açısından önemli bir durumdur. Hastane yataklarının tam kapasite ile kullanımı bazen mümkün olmamakta, bu durum ise tıbbi ve sosyo-ekonomik etkenlere bağlı olabilmektedir (Aydemir, 2019: 232).

Sağlıkta performans değerlendirmesi yapılırken finansal ve finansal olmayan performans ölçütleri kullanılmaktadır. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve faaliyet performansının gösterilmesini sağlayan yatak doluluk oranı, finansal olmayan performans ölçütleri içerisinde çok sık kullanılmaktadır. Finansal olmayan ölçütler ile hizmet sunumuna ilişkin bilgilere ulaşılır (Yücel, 2019: 4).

Hastane performansının temel göstergelerinden olan yatak doluluk oranı, hastane yataklarının kullanım yüzdesini göstermektedir. Hastane yataklarının hangi düzeyde kullanıldığına dair bilgilere bu oran ile ulaşılabilir. Hastane yataklarının kullanımı konusundaki sorunları bölüm bazında ve bir bütün olarak analiz etmek için yatak doluluk oranını gözden geçirmek kolay ve temsili olacaktır (Siyoto ve Tule, 2019: 77).

Kıt kaynakların verimli kullanılması tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de temel hedeftir. Girdi sayısının çok olmasına rağmen çıktı miktarının daha az olması hastane kaynaklarında verimsizliğin nedenidir. Hasta yataklarının atıl kapasite ile hizmet vermesi hastaneler açısından önemli bir problem olmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talebin değerlendirilmesi açısından önemli olan yatak doluluk oranı aynı zamanda hastane performansının ölçülmesi ve maliyetlerin takibi açısından önemli bir verimlilik göstergesidir (Yiğit, 2017:165).

Hastane hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini tespit etmek amacıyla kullanılan bu oran sayesinde ulaşılan veriler ile istenen standart verilerin

karşılaştırılması yapılabilmektedir. Hastanede yatıştan yararlanma ve hasta memnuniyeti bu oran ile açıklanabilmektedir (Siyoto ve Tule, 2019: 82). Literatür çalışmalarında çok sık başvurulmuş yatak doluluk oranı hastanelerin faaliyet performansı hakkında fikir veren bir göstergedir (Yücel, 2019: 2).

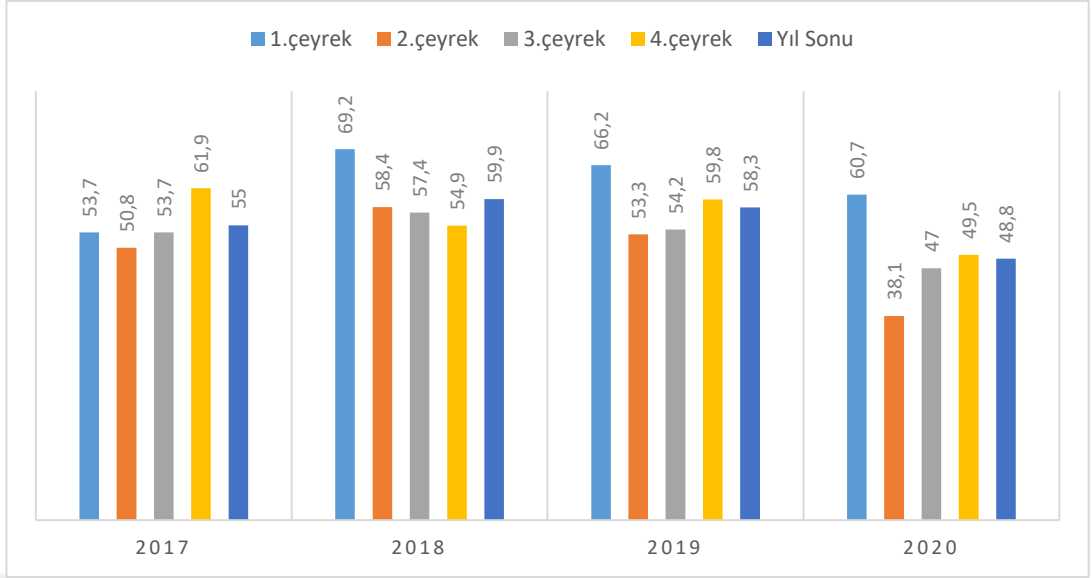
Yatak doluluk oranının yüksek çıkması durumunda hastane yataklarının kullanımından verim elde edilmekte iken, bu oranın düşük çıkması maliyetlerin kontrol edilmesi yönünden önemlidir (Yiğit, 2017: 166). Finansal açıdan iyi olarak değerlendirilen yüksek yatak doluluk oranı, bazen hastanın etkili tedaviye erişimini zorlaştırmaktadır. Bu oranın normalin altında olması ise faaliyet etkinliğinin sağlanmadığı şeklinde yorumlanmaktadır (Yücel, 2019: 2).

Bu oran, hastaların belirli bir süre (bir ay, üç ay, bir yıl vb.) içerisinde yatakları hangi oranda kullandığını göstermektedir (Aydemir, 2019: 233). Sağlık tesisinde bulunan yatakların etkin ve verimli kullanımını sağlamayı amaçlayan bu oran, tescilli yatak sayısı üzerinden hesaplanmaktadır (SB, 2019c: 103).

Yatak doluluk oranının genel hastanelerde %80-85 ve kronik hastanelerde ise %95-100 olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Eğitim hastanelerinde %72, özel ve dal hastanesi olan kalp, kalp damar cerrahisi eğitim hastanelerinde %74, fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitim hastanelerinde ise %90 yatak doluluk oranına ulaşılması uygun doluluk değeri olarak kabul edilmektedir (Ağırbaş, 2019: 31). Sağlık Bakanlığı verimlilik karnesi gösterge kartlarına göre kabul edilebilir yatak doluluk oranı ise %75-%95 olarak belirtilmektedir (khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr).

Yatak doluluk oranının belirlenen kapasiteyi aşması yahut normalden düşük çıkması hasta yatakları konusunda karar vermek amacıyla kullanılmaktadır. Yatakların etkin kullanımı ve hastanenin üretkenliğini yansıttığından dolayı, yatak doluluk oranı temel etkinlik göstergesidir (Aydemir, 2019:233).

Yatak doluluk oranı = Fiili kapasite (Toplam hasta günü) / Max kapasite (max yatılabilecek gün sayısı) x 100 formülü ile hesaplanmaktadır (Ağırbaş, 2019: 31).



Şekil 3.10: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllar Bazında 3 Aylık Yatak Doluluk Oranı (%) 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.

Şekil 3.10’da SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yatak doluluk oranı 3 aylık süreler ve yıl sonu oranı olmak üzere verilmektedir. Şekil incelendiğinde 2017 yılında en yüksek doluluk oranı %61,9 olarak 4.çeyrekte görülmektedir. En düşük doluluk oranı ise %50,8 ile yılın 2.çeyreğinde yer almaktadır. 2017 yılına ait verilerde, ilk 3 çeyrek olan 9 aylık süreçte yatak doluluk oranları arasında çok fark yokken yılın son çeyreğinde doluluk oranında artış olması SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yatak sayısının 1627’den 1500’e düşürülmesi olarak tespit edilmiştir. Yatak sayısının 1627 olarak hesaplanması durumunda 2017 yılına ait 4.çeyrekte yatak doluluk oranının %61,9 yerine %57 olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bize azalan yatak sayısı ile yatak doluluk oranı arasında negatif ilişki olduğunu göstermektedir. 2017’de ulaşılan yıl sonu oranı olan %55’ten yüksek çıkan tek çeyrek sadece yılın 4. çeyreği olmuştur. Bu bakımdan yatakların en verimli ve etkili şekilde kullanıldığı zaman diliminin yılın son çeyreği olduğu görülmektedir. Yatakların en verimsiz kullanıldığı dönem ise yılın ikinci çeyreği olmuştur.

2018 yılı incelendiğinde en yüksek yatak doluluk oranının %69,2 ile yatakların en verimli ve etkin kullanıldığı yılın 1.çeyreği olduğu görülmekte iken, en düşük oran

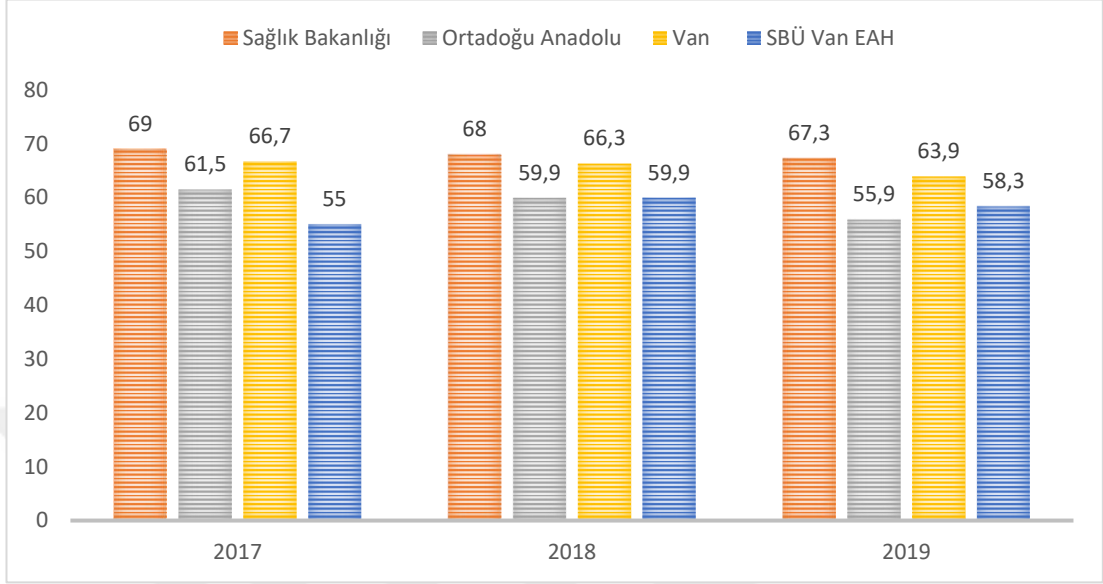
ise %54,9'la yatakların verimsiz kullanıldığı yılın 4. çeyreği olmuştur. Yıl sonu ortalaması olan %59,9 üzerinde performans gösteren tek zaman diliminin yılın 1.çeyreği olduğu görülmektedir.

2019 yılı incelendiğinde en yüksek yatak doluluk oranı %66,2 ile yatakların en verimli ve etkin kullanıldığı yılın 1.çeyreğinde yer almaktadır. En düşük doluluk oranı %53,3'le yılın 2.çeyreğinde görülmektedir. Bu çeyrekte, yatak doluluk oranı en verimsiz döneme sahiptir. Yıl sonu ortalaması olan %58,3 üzerinde performans gösteren zaman diliminin ise yılın 1. ve 4. çeyrekleri olduğu görülmektedir.

2020 yılı incelendiğinde ise en yüksek yatak doluluk oranının %60,7 ile yılın 1.çeyreğinde, en düşük doluluk oranının ise %38,1'le yılın 2.çeyreğinde olduğu görülmektedir. Yıl sonu ortalaması olan %48,8 üzerinde performans gösteren zaman dilimi yılın 1. ve 4. çeyrekleri olmuştur.

Yıllar bazında karşılaştırma yapıldığında en fazla yatak doluluk oranının 2018 yılında olduğu, bu oranın ise %59,9'a ulaştığı görülmektedir. Hastane yataklarının verimli ve etkin kullanıldığı, daha çok hasta tarafından tercih edildiği ve daha ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulduğu anlaşılmaktadır. En düşük yatak doluluk oranının ise %48,8 ile 2020 yılına ait olduğu görülmektedir. 2020 yılında yatakların verimsiz kullanıldığı anlaşılmaktadır.

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin şekilde belirtilen yıllara ait yatak doluluk oranları ele alındığında, Sağlık Bakanlığı Verimlilik Karnesi Gösterge Kartları'nda en az %75 olarak kabul edilen yatak doluluk oranı değerinden düşük olduğu görülmektedir.



Şekil 3.11: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karşılaştırmalı Yatak Doluluk Oranı (%), 2017-2019.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerine göre uyarlanmıştır.
Sağlık Bakanlığı 2017-2018-2019 Yılı İstatistik Yıllıkları.

Şekil 3.11’de SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin 2017-2019 yıllarına ait yatak doluluk oranının Türkiye geneli (Sağlık Bakanlığı), İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS) içinde yer aldığı Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van il geneli karşılaştırması yer almaktadır. Şekil incelendiğinde 2017 yılında SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi %55’lik yatak doluluk oranı ile Sağlık Bakanlığı, Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van il geneli yatak doluluk oranından daha düşük bir performans sergilemiştir.

2018 yılı incelendiğinde SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi %59,9’luk yatak doluluk oranı ile Ortadoğu Anadolu yatak doluluk oranını bire bir yakalamıştır. Ancak gerek Türkiye geneli gerekse de il geneli ortalamanın altında kaldığı görülmektedir.

2019 yılında SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi %58,3'lük yatak doluluk oranı ile Ortadoğu Anadolu Bölgesine ait olan %55,9'un üzerinde bir doluluk oranı göstermiştir. Ancak 2017 ve 2018 yılında olduğu gibi 2019 yılında da gerek Türkiye gerek il ortalamasının altında doluluk oranına sahiptir.

Yıllar bazında karşılaştırılma yapıldığında en yüksek yatak doluluk oranının %59,9'la 2018 yılında, en düşük yatak doluluk oranının ise %55'le 2017 yılında olduğu görülmektedir.

Temel hedefi yüksek yatak doluluk oranını sağlamak olan hastane yöneticileri bu hedeflere ulaşmadıkları takdirde boş yataklardan dolayı daha fazla maliyetle hizmet verecektir. Bu durum ise hastaneye yapılan yatırım, teknoloji ve insan kaynağı israfına neden olacaktır. Bu anlamda yatak doluluk oranını en makul seviyelerde tutmak önem arz etmektedir (Yıldız, 2017: 153).

Sağlık hizmet sunumunda kaynakların akıllıca kullanılmasını, örgütsel hedeflere ulaşmayı ve en az maliyetle en çok üretimi sağlamayı amaçlayan hastane yataklarının doğru kullanılması verimlilik açısından önemlidir. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin gerek 3 aylık periyotlar gerek yıllar bazında belirtilen yatak doluluk oranı verilerine bakıldığında, genel anlamda bu oranların istenilen seviyede olmadığı görülmektedir. Verimsiz kullanılan yataklar etkin sağlık hizmeti sunumunu engelleyeceği gibi finansal kaynakların tasarruf içerisinde kullanımını olumsuz yönde etkileyecek ve etkili kaynak kullanımını engelleyecektir. Yatak doluluk oranının düşük çıkması hastanenin âtil kapasite ile hizmet sunmasına neden olacaktır. Yatak doluluk oranı yatan hastalar açısından hastanenin imajını ve popülaritesini gösteren bir parametredir. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini değerlendirmek için başvuru hasta memnuniyetinin sağlanması açısından verimli yatak kullanımı önemlidir. Düşük yatak doluluk oranı hastanenin kamu sağlık hizmetini etkin bir şekilde vermediği kanısını oluşturmaktadır.

Yatak sayısına paralel olarak hastanelerin çalıştırdığı doktor, hemşire gibi sağlık personeli sayısında eksikliklerin olması etkin sağlık hizmeti vermeyi engelleyeceğinden bu durum yatak doluluk oranını da etkileyecektir. SBÜ. Van Eğitim

ve Araştırma Hastanesi'nin bölge hastanesi olarak 1500 yatakla hizmet vermesi hem il geneli hem de çevre illerden gelen hastaların takip ve tedavilerinin yapılması da yatak doluluk oranının düşük çıkmasına neden olabilmektedir. Hastane performansının çevresinden bağımsız olmayacağı söz konusu olduğundan bölgenin sosyo ekonomik ve demografik yapısının da yatak doluluk oranını etkileyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

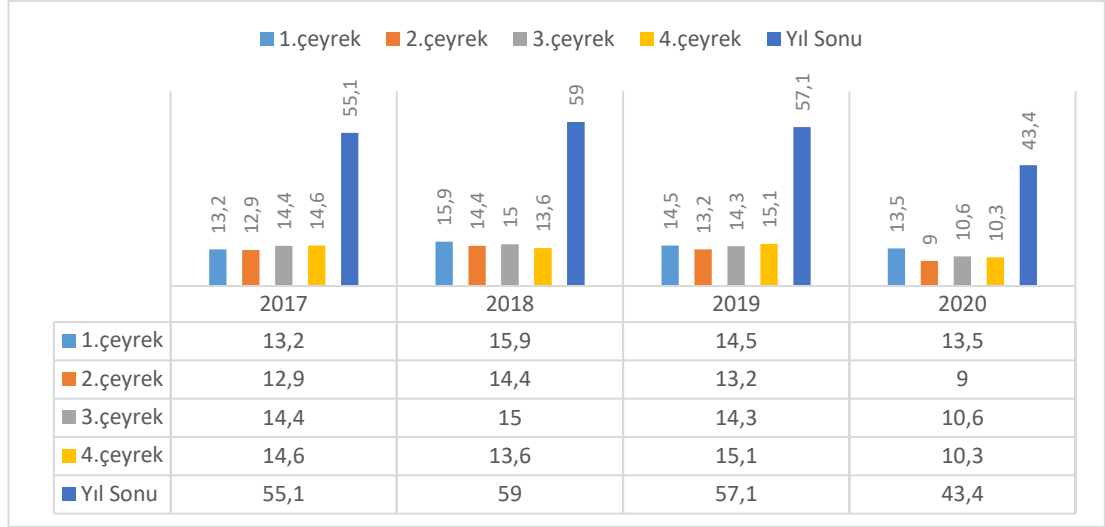
Yücel (2019: 9)'in yapmış olduğu çalışmaya göre hastane büyüklüğü ile yatak doluluk oranı arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Çok büyük hastane olmanın getireceği olumsuzluklar arasında düşük performansla hizmet verilmesi söz konusu olacağından optimal büyüklük ile hizmet vermek performansı olumlu yönde etkileyecektir.

3.6.6. Yatak Devir Hızı (Hasta)

Yatak devir hızı, bir yatağın belirli bir zaman diliminde (bir ay, üç ay veya bir yıl gibi) kaç hasta tarafından kullanıldığını belirlemek amacıyla kullanılan bir göstergedir. Hastane yataklarının verimli kullanılıp kullanılmadığı konusunda yararlanılmaktadır. Yatak devir hızı hesaplanırken;

Yatak devir hızı = Yatan hasta sayısı / hasta yatak sayısı formülü kullanılmaktadır (Ağırbaş, 2019: 30).

Bu gösterge ile sağlık tesislerinde yatakların etkin ve verimli kullanımı ile hasta yatış sürelerini ideal sınırlar içerisinde tutmayı sağlamak amaçlanmaktadır. Tescilli yatak sayısı üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Yatak devir hızının grup ortalamasının üzerinde olmasını sağlamak hedeflenmektedir (SB, 2019c: 104). Hasta bakım kalitesini ortaya koyan ve hasta bakım kalitesinin korunması koşuluyla yüksek çıkması istenen bir göstergedir.



Şekil 3.12: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllar Bazında 3 Aylık Yatak Devir Hızı, (2017-2020).

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerinden uyarlanmıştır.

Şekil 3.12’de SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yatak devir hızı 2017-2020 yılları arası 3 aylık periyotlar ve yıl sonu toplamı olarak verilmektedir. Şekil incelendiğinde 2017 yılında en düşük yatak devir hızı 12,9’la yılın ikinci çeyreğine aittir. Bir yatağa düşen en yüksek sayı ise 14,6 hasta ile yılın son çeyreğinde görülmektedir. 2017 yılına ait veriler, yatak sayısında yapılan değişiklikler göz önüne alınarak hesaplanmıştır.

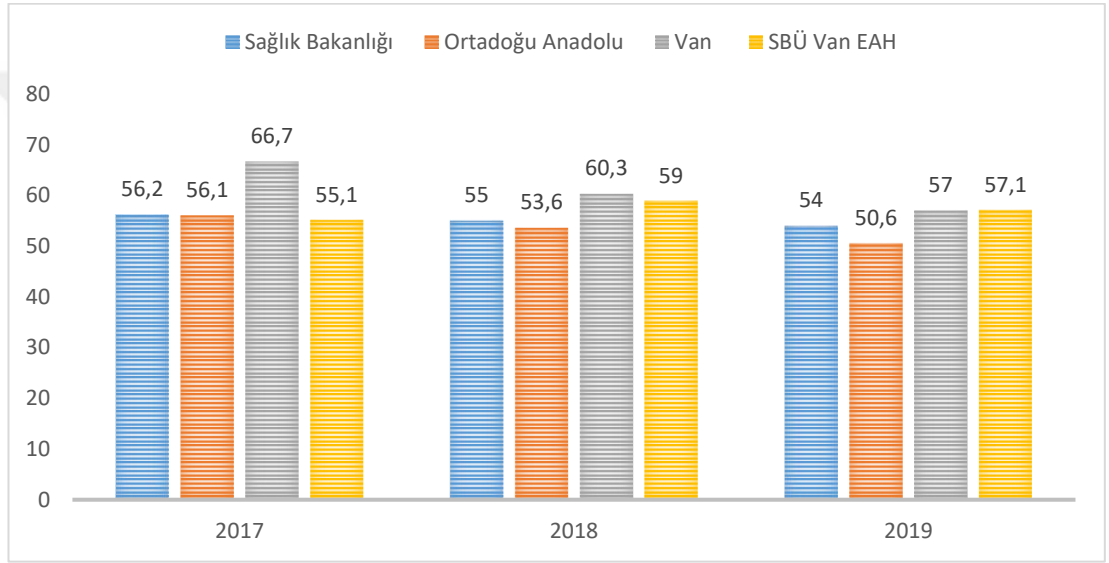
2018 yılı incelendiğinde bir yatağa en az hasta sayısının düştüğü yılın 4.çeyreği yatakların en verimsiz kullanıldığı dönem olmuştur. Bu dönemde bir yatağa 13,6 hasta düşmektedir. En yüksek yatak devir hızı ise bir yatağa 15,9 hastanın düştüğü yılın 1. çeyreği olmuştur.

2019 yılı incelendiğinde en düşük yatak devir hızı 13,2 ile yılın 2. çeyreğinde görülmektedir. Yatakların en verimli kullanıldığı dönem ise yatak başına 15,1 hastanın düştüğü yılın 4.çeyreği olmuştur.

2020 incelendiğinde yatak devir hızının en düşük olduğu dönem yılın 2.çeyreği olmuştur. Yatak başına düşen hasta oranı 9’la sınırlı kalmıştır. En yüksek yatak devir hızı bir yatağa 13,5 hastanın düştüğü yılın 1.çeyreği olmuştur.

Yıllar bazında karşılaştırma yapıldığında yatakların en verimsiz kullanıldığı, yatak başına 43,4'le en az hastanın düştüğü yıl 2020 olmuştur. Yatakların en verimli kullanıldığı yıl ise yatak devir hızının en yüksek olduğu 2018 yılı olmuştur. 2018 yılında yatak devir hızı 59 olarak hesaplanmıştır.

Şekil 3.13'te SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yatak devir hızını daha iyi analiz edebilmek için Türkiye ortalaması (Sağlık Bakanlığı), İBBS'ye göre içinde yer aldığı Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van ili geneli yatak devir hızı ile karşılaştırması yapılmıştır.



Şekil 3.13: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karşılaştırmalı Yatak Devir Hızı, (2017-2019).

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verileri.

Sağlık Bakanlığı 2017-2018-2019 Yılı İstatistik Yıllıkları.

Şekil 3.13 incelendiğinde; SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017 yılında, Sağlık Bakanlığı, Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van ili genelinden daha düşük yatak devir hızına sahip olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Ortadoğu Anadolu Bölgesi ile SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi arasındaki yatak devir hızının birbirine yakın olduğu ancak Van il genelinin diğer göstergelere göre daha yüksek yatak devir hızına sahip olduğu görülmektedir.

2018 yılı incelendiğinde SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ait yatak devir hızının, Sağlık Bakanlığı ve Ortadoğu Anadolu Bölgesi hastanelerinden daha yüksek olduğu ancak Van il genelinden daha düşük yatak devir hızına sahip olduğu görülmektedir.

2019 yılı SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Sağlık Bakanlığı, Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van ili genelinden daha yüksek yatak devir hızına sahip olduğu tek yıl olmuştur. Hasta yataklarının karşılaştırıldığı kriterlere göre en verimli kullanıldığı yıl 2019 olmuştur. Diğer yıllardan farklı olarak il ortalamasına yatak devir hızı gerçekleşmiştir. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin il geneli yatak devir hızının düşük olmasında eğitim ve araştırma hastanesi olarak ildeki en yüksek yatak kapasitesine ve teknolojik alt yapıya sahip olmasının ve komplike ve ağır vakaların daha çok tedavi edilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak bu durumu daha iyi analiz etmek için ildeki diğer hastanelerin hangi oranda tercih edildiği belirlenmelidir.

Yıllar arası karşılaştırmada 2018 yılında yatakların kullanımından daha fazla verim elde edilmiş, daha çok hastaya hizmet verilmiştir. Hastanenin il halkına ve bölge halkına hizmet veren en büyük hastane olması, hastaların talebi, idari yetkinlik, etkin sağlık hizmeti sunumu gibi hususların da yatak devir hızında etkili olabileceği dikkate alınmalıdır.

Yatak devir hızının düşük olması hasta birim maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır. Bu durumda yataklar verimsiz kullanılmakta hasta başına daha fazla gider oluşmasına neden olmaktadır.

Ancak yüksek yatak kapasitesine sahip eğitim araştırma hastaneleri veya üniversite hastaneleri daha zor hastalıkları tedavi ettiklerinden dolayı yatak devir hızının düşük olacağı göz ardı edilmemelidir. Bunun yanı sıra düşük yatak devir hızının olması hastaların gerekmediği halde hastanede bırakıldığı şeklinde de yorumlanabilir. Diğer bir faktör ise ortalama hasta kalış süresinin uzamasının hasta devir hızını düşürebileceği hususudur. Ancak her ikisinin de düşük olması yatakların verimsiz kullanıldığının işaretidir. Ancak her ne kadar yatak devir hızının yüksek olması istense de bu hızın normalden yüksek olması basit ilk yardım tedavilerine

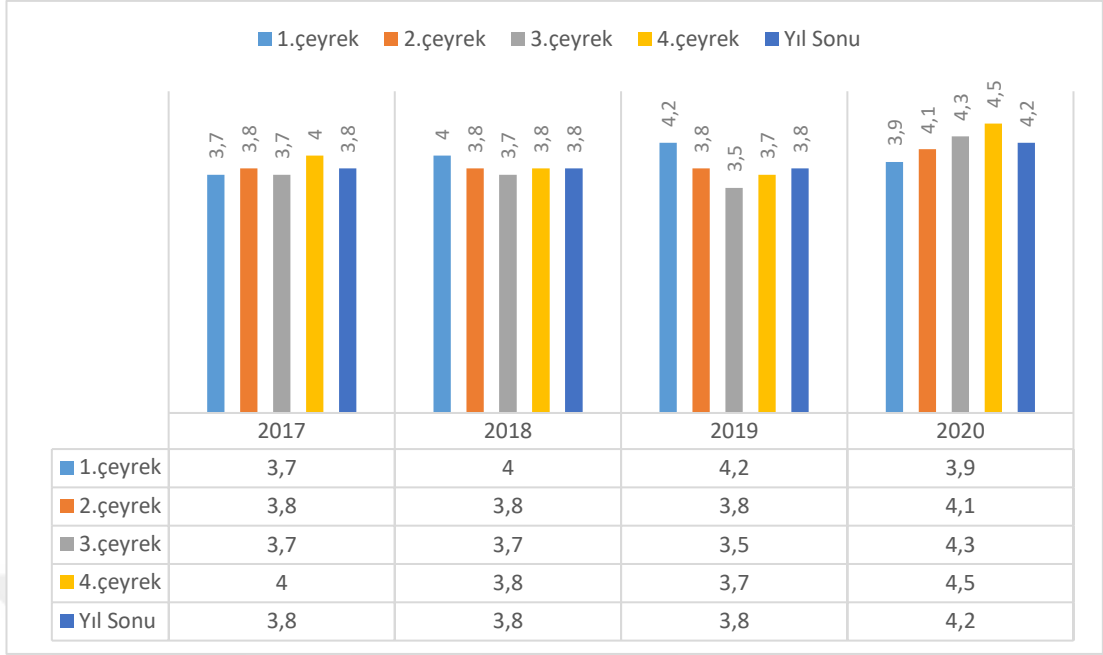
ağırlık verildiği fikrini oluşturabilmektedir. Hastane yataklarından verim elde etmek için yatak devir hızı servisler bazında ayrı ayrı ele alınmalı böylece hasta yataklarının daha verimli kullanımı imkânı ortaya çıkartılmalıdır (Aydemir, 2019: 235).

3.6.7. Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı

Ortalama hasta kalış gün sayısı, klinik bazında toplam yatılan gün sayısının taburcu olan ve ölen hasta sayısı toplamına oranı ile ifade edilir. Bir hastanın hastanede ne kadar süre (gün) yattığını belirtir. Bu süre uzadıkça hastane birim maliyetlerinde artış oluşmaktadır (Yiğit, 2019: 166). Bir günden daha az yatış yapılmış olsa bile yatış süresi bir gün olarak hesaplanmaktadır (Yıldız, 2017:154). Sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin göstergeleri arasında ortalama hasta kalış gün sayısı önemli bir gösterge olarak ele alınmaktadır.

Bu sayı genel hastanelerde ortalama 7 gün, kronik hastalıkların tedavi edildiği hastanelerde ortalama 30 gün, doğum hastanelerinde ortalama 3 gündür. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde verimlilik göstergesi 4,5 gün olarak kabul edilmektedir. Özel dal olan kalp, kalp damar cerrahisi olan eğitim hastanelerinde 5 gün uygun değerdir (Ağırbaş, 2019: 28).

Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı=Toplam Hasta Günü / Çıkan Hasta (Tabucu+Ölen) formülü ile hesaplanmaktadır (Ağırbaş, 2019: 28). Bu formül doğrultusunda veri analizi yapılmıştır.



Şekil 3.14: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yıllar Bazında 3 Aylık Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı, 2017-2020.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verilerinden uyarlanmıştır.

Şekil 3.14’te SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin 2017-2020 yıllarına ait ortalama kalış gün sayısı 3’er aylık periyotlar ve yıl sonu ortalaması şeklinde gösterilmektedir. 2017 yılı incelendiğinde en yüksek ortalama kalış gün sayısı yılın 4.çeyreğinde görülmektedir. Bu dönemde bir hastanın ortalama kalış günü 4 gündür. En düşük ortalama kalış günü ise 3,7 günle yılın 1. ve 3. çeyreğinde görülmektedir. Bu dönemlerde daha fazla hastaya hizmet verildiği anlaşılmaktadır.

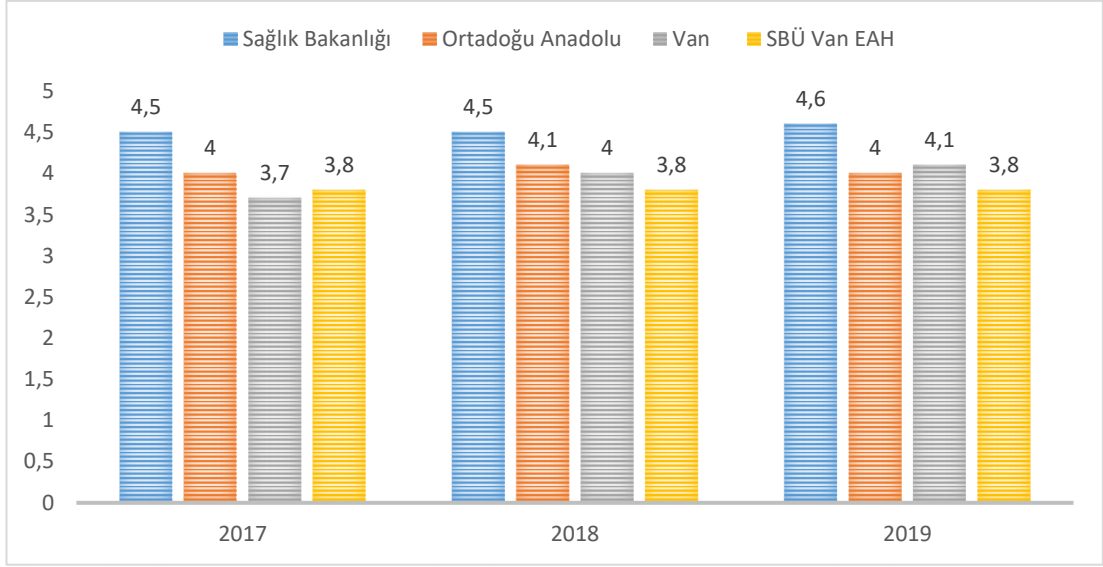
2018 yılı incelendiğinde ortalama kalış gün sayısının en uzun olduğu dönem yılın 1.çeyreği olmuştur. Bir hasta ortalama 4 gün hastanede tedavi görmüştür. Ortalama kalış gün sayısının en kısa olduğu 3.çeyrek ise 3,7 gündür.

2019 yılında en uzun ortalama kalış gün sayısı 4,2 günle yılın 1.çeyreğinde görülmektedir. Yılın 3.çeyreğinde en kısa ortalama kalış gün sayısına ulaşılmıştır. Bu dönemde ortalama kalış gün sayısı 3,5 gündür.

2020 yılında en uzun ortalama kalış gün sayısı 4,5 günle yılın 4.çeyreğinde görülmektedir. En düşük ortalama kalış gün sayısı ise yılın 1.çeyreğinde 3,9 gün olarak tamamlanmıştır.

Yıllar bazında karşılaştırma yapıldığında ortalama kalış gün sayısının verimlilik göstergesi olarak kabul edilen 4,5 günden daha düşük olduğu bu anlamda sağlık hizmetleri sunumunda verimlilik olduğu görülmektedir. 2020 yılında daha uzun ortalama kalış gün sayısı görülmekte diğer yıllara oranla sağlık hizmetlerinin daha verimsiz olduğu bu duruma ise COVID-19 pandemisinin neden olduğu düşünülmektedir. 2017, 2018 ve 2019 yıllarında ortalama kalış gün sayısı 3,8 olmuştur. Bu anlamda hasta bakım kalitesinde ve hasta kalış gününde belli bir standart yakalandığı görülmektedir.

Ortalama kalış gün sayısında önemli olan hasta bakım kalitesinin korunarak daha fazla hastaya hizmet vermektir. Şekil 3.14'te görüldüğü gibi yılın farklı dönemleri ve yıl sonu verilerinde dalgalanmalar olabilmektedir. Daha sağlıklı analiz yapmak için klinikler esas alınarak değerlendirme yapılmalıdır. Kliniklere farklı hastalık özelliği taşıyan hastaların yatış yapması hatta aynı klinikte bile farklı hastalık özelliği taşıyan hastaların olması ortalama kalış gün sayısında farklılıklar olmasında etkili olmaktadır. Hastanenin genel olarak değerlendirilmesi yapılırken farklılıkların nedeni tam olarak bilinemeyeceğinden klinikler bazında ve hastalık esas alınarak hesaplama yapılmalıdır (Ağırbaş, 2019: 28). Ortalama hasta kalış gün sayısının düşük olması arzulanan bir durum olmasına rağmen daha uzun süreli kalışların birtakım komplikasyonlar ve yan etkilerden kaynaklanacağını da dikkate almak gerekmektedir.



Şekil 3.15: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Karşılaştırmalı Ortalama Kalış Gün Sayısı, 2017-2019.

Kaynak: SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi verileri.
Sağlık Bakanlığı 2017-2018-2019 Yılı İstatistik Yıllıkları.

Şekil 3.15'te SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ait ortalama kalış gün sayısının Sağlık Bakanlığı, Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van il genelile karşılaştırmalı verileri gösterilmektedir. 2017 yılı incelendiğinde anılan hastanenin 4,5 gün ortalama kalış süresi olan Sağlık Bakanlığında (Türkiye geneli) ve 4 gün ortalama kalış süresi olan Ortadoğu Anadolu Bölgesi'nden daha iyi performans sergilediği görülmektedir.

2017 yılında Van ili genelinde ortalama kalış gün sayısı 3,7 olarak belirlenmiştir. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ise 3,8 gün olduğu bu anlamda il geneli ortalamasına yakın bir performans sergilediği görülmektedir.

2018 yılı incelendiğinde SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ait ortalama hasta kalış gün sayısının; Türkiye geneli (Sağlık Bakanlığı), Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van ili genelinden daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hastanede yatakların verimli kullanılarak daha fazla hastaya ulaşıldığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Ortalama kalış gün sayısında, 2019 yılında da tüm karşılaştırmalarda en iyi performansın SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde olduğu görülmektedir. Türkiye geneli ortalaması 4,6 iken SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 3,8 gün olduğu görülmektedir.

Yıllar bazında karşılaştırma yapıldığında 2017, 2018 ve 2019 yıllarında ortalama kalış gün sayısının 3,8 gün olduğu görülmektedir. SBÜ. Van Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ortalama kalış gün sayısının düşük olması hasta başına daha az harcama yapıldığını ve dolu olan yatakların daha verimli kullanıldığını göstermektedir. Böylece bir yatağın daha fazla hasta tarafından kullanılması ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik sağlanmaktadır.

3.7.SONUÇ VE ÖNERİLER

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilan edilmesi ülkemiz sağlık sistemi açısından oldukça önemli bir dönüm noktasıdır. Sağlık sisteminin birçok alanında yenilikler ve değişiklikler meydana gelmiş, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olmasını sağlamak ve harcamaları azaltarak kaliteyi ve verimliliği arttırmak en önemli gaye olmuştur. Atılan birçok adım içerisinde sağlıkta performans uygulamasının tüm kamu hastanelerinde uygulanması beşerî ve mali alanda iyileştirmeyi sağlamaya yönelik çok önemli bir uygulama olmuştur. Sağlıkta performans uygulaması ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinde rekabet ortamının oluşması bu nedenle kısıtlı olan kamu kaynaklarının israf edilmeden verimli kullanılması için hastaneler faaliyetlerini sürdürürken insan gücü, cihaz, yatak, ilaç, teçhizat gibi kullandıkları girdilere karşılık yatak doluluk oranı, yatak devir hızı, günlük poliklinik veya yapılan ameliyatlara gibi çıktı sayılarında verim elde etmeyi hedeflemektedir. Ancak istenilen seviyelere gelinememesi kaynakların verimsiz kullanımına, düşük performansa ve yüksek maliyetle hizmet verilmesine neden olmaktadır.

Bu çalışma, SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin idari performansını ölçmeye ve değerlendirmeye yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda, yapılan literatür taraması ile kavramsal çerçeve oluşturulmuş, SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı, yatak başına

hekim oranı, yatak başına düşen hemşire oranı, hekim başına düşen ağırlıklı ameliyat sayısı, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama kalış gün sayısı performans kriteri olarak ele alınmıştır. Elde edilen veriler Sağlık Bakanlığı'nın yıllık istatistikleri verimlilik karnesi uygulama göstergeleri ve kadro standartları yönetmeliği baz alınarak karşılaştırma ve değerlendirme yapılmıştır. Ulaşılan verilerin analizi sonrasında elde edilen sonuçlar ve tespit edilen öneriler aşağıda belirtilmiştir.

Verilerin analizi neticesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1-SBÜ.Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait hekim başına düşen günlük poliklinik sayısı (diş ve acil hariç) incelenmiştir.

2017 yılından 2020 yılına gelindiğinde klinisyen hekim sayısı %8,4 artış göstermesine rağmen, 2017 yılından 2020 yılına kadar yapılan poliklinik sayısında yaklaşık %41 oranında ciddi bir azalma tespit edilmiştir.

En fazla klinisyen hekim 2020 yılında çalışmasına rağmen en düşük günlük poliklinik sayısının yapılma nedeni olarak ülkemizde görülen COVID-19 salgını olduğu düşünülmektedir. Hekimlerin aktif çalışması istenen ve beklenen bir durum olduğundan hekim başına düşen günlük poliklinik sayısının fazla olması olumlu bir göstergedir. Ancak COVID-19 salgınının insanlar üzerinde etkili olması nedeniyle hastaneye gitmeyi tercih etmedikleri bu durumun ise hastanenin etkinliğini ve hekimlerin aktif çalışmasını olumsuz etkilediği kanısı oluşmaktadır.

Çalışmaya konu olan tüm yıllarda SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hekimlerin en aktif çalıştığı zaman diliminin yılın ilk üç ayı (1.çeyreği) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin en az aktif olduğu zaman dilimi ise genel olarak yılın 2.çeyreği olmuştur.

2-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait pratisyen ve uzman hekim sayısı ile yatak başına düşen hekim oranı incelenmiştir.

Sadece 2018 yılında pratisyen hekim açığı olduğu diğer yıllarda ise PDC fazlası pratisyen hekimin çalıştığı tespit edilmiştir. 2017 yılından 2020 yılına gelindiğinde pratisyen hekim PDC sayısında %22'lik artış meydana gelirken, mevcut çalışan pratisyen sayısında ise %31 oranında artış olduğu tespit edilmiştir. Pratisyen hekim PDC sayısı genel olarak sabit kalmasına rağmen PDC fazlası hekimin çalıştırılması diğer ilçe hastanelerinden SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne geçici görevli hekimlerin getirildiği yahut PDC üstü atama yapıldığı fikrini oluşturmaktadır. Bunun nedeni olarak ise SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin büyük bir hasta nüfusuna hitap etmesinden ötürü pratisyen hekim ihtiyacının hasıl olduğu düşünülmektedir. Pratisyen hekim kadro doluluk oranının, PDC sayısı ve mevcut çalışan sayısına bağlı olarak, en az %89 (2018 yılı), en fazla %121 (2020 yılı) olduğu tespit edilmiş ve genel olarak kadro fazlası pratisyen hekim çalıştığı tespit edilmiştir.

Uzman hekim sayısının en az 2019 yılında en fazla ise 2020 yılında olduğu tespit edilmiştir. 2017 yılından 2020 kadar uzman hekim PDC sayısında %2,6 artış olmuştur. Aynı şekilde mevcut çalışan uzman hekim sayısında da artış yaşanmış ve %3,9 artış tespit edilmiştir. Ancak bu artışlara rağmen araştırmaya ait tüm yıllarda uzman hekim kadro doluluk oranı, PDC sayısı ve mevcut çalışan sayısına bağlı olarak, en fazla %63,4 (2020 yılı), en az %54 (2018 yılı) olduğu tespit edilmiş ve uzman hekim ihtiyacı olduğu sonucuna varılmıştır.

Yatak başına düşen hekim oranının en az olduğu yıl 2018 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya konu olan tüm yıllarda yatak başına düşen hekim sayısının PDC hekim sayısına oranla eksik olduğu ve bu durumun uzman hekim ihtiyacından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

3-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait hemşire sayısı ile yatak başına düşen hemşire oranı incelenmiştir.

Çalışmaya konu olan tüm yıllarda en az hemşirenin 2017 yılında çalıştığı görülmekte iken en fazla hemşire ise 2020 yılında çalışmıştır. Kadro doluluk oranı en az %71,4 (2017 yılı) en fazla ise %85,2 (2020 yılı) olmuştur. 2017 yılından 2020 yılına kadar hemşire sayısında %19,4 artış meydana gelirken PDC sayısı sabit kalmıştır.

Ancak tüm yıllarda mevcut çalışan sayının PDC sayısından az olduğu bu nedenle hemşire ihtiyacı olduğu sonucuna varılmıştır.

Yatak başına en az hemşirenin 2017 yılında düştüğü tespit edilmiştir. Hemşire PDC sayıları, çalışmaya konu olan tüm yıllarda sabit kalmasına rağmen mevcut olarak yeterli hemşire çalıştırılmadığı bu durumun ise yatak başına düşen hemşire oranında azalmaya neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait cerrahi hekim başına düşen ağırlıklı A, B ve C grubu ameliyat sayıları incelenmiştir.

A grubu ameliyatlarda en fazla 2018 yılında en az ise 2020 yılında yapıldığı görülmektedir. 2017 yılından 2020 yılına kadar A grubu ameliyat sayılarında %33,4 oranında azalma olmuştur. Bu durum özellikle ameliyat ve girişimlerin azaldığı sonucunu vermektedir.

B grubu ameliyatlarda en fazla 2019 yılında en az ise 2020 yılında yapıldığı görülmektedir. 2017 yılından 2020 yılına kadar özel ameliyat ve girişimleri kapsayan B grubu ameliyat sayılarında %35,6 azalma olmuştur.

C grubu ameliyatlarda en fazla 2019 yılında en az ise 2020 yılında yapıldığı görülmektedir. 2017 yılından 2020 yılına kadar C grubu ameliyat sayılarında %22,27 azalma meydana gelmiştir. Bu durum ise büyük ameliyat ve girişim sayısında azalma olduğu sonucunu vermektedir.

Cerrahi hekim başına düşen aylık büyük ve orta (A, B, C) ameliyat sayılarının en fazla yapıldığı 2019 yılı ameliyathanelerin en verimli kullanıldığı yıl iken, 2020 yılının ise ameliyathane ve ameliyat masalarının en verimsiz kullanıldığı yıl olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2020 yılında özellikle COVID-19 salgınının başlaması ve Sağlık Bakanlığınca acil ameliyatlar hariç, ameliyathane hizmetlerine ara verilmesinin sayıları azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan A, B, C grubu toplam ameliyat sayısında 2017 yılından 2020 yılına kadar %27 oranında azalma olduğu tespit edilmiştir.

5-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait yatak doluluk oranları incelenmiştir. Çalışmaya konu olan tüm yıllarda 3'er aylık periyotlar halinde incelenen yatak doluluk oranının, genel olarak, araştırmaya konu yılların 1.çeyreğinde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda hasta yataklarının daha verimli kullanıldığı yılın 1.çeyreğinde, hastane yataklarının etkin kullanıldığı anlaşılmaktadır.

Çalışmaya konu olan tüm yıllarda 3'er aylık periyotlar halinde incelenen yatak doluluk oranının en verimsiz olduğu ve doluluk oranının en düşük olduğu zaman diliminin ise genel olarak yılın 2.çeyreği olduğu dikkat çekmektedir.

Yıllar bazında karşılaştırma yapıldığında; %59,9 ile %48,8 arasında değişim gösteren yatak doluluk oranının en yüksek olduğu yıl 2018 iken, en düşük olduğu yıl ise 2020 yılı olmuştur. Yatak doluluk oranında 2017 yılından 2020 yılına gelindiğinde %11,2'lik azalma meydana gelmiştir.

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017,2018 ve 2019 yıllarına ait yatak doluluk oranının Türkiye geneli (Sağlık Bakanlığı), Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van il geneli yapılan karşılaştırmasında, tüm yıllarda Sağlık Bakanlığı ve Van il geneli ortalamasının altında yatak doluluk oranı tespit edilmiştir. Ortadoğu Anadolu Bölgesi karşılaştırmasında ise hastanenin yalnızca 2019 yılında yüksek yatak doluluk oranına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. 2017 yılından 2019 yılına kadar yatak doluluk oranının %6 artması olumlu bir durum olsa bile, SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yatak doluluk oranı kullanımının verimsiz olduğu, hastane idarecilerinin etkin sağlık hizmeti sunumunda yatak doluluk oranı hedeflerini gerçekleştiremedikleri ve faaliyet etkinliğinin sağlanamadığı şeklinde yorumlanmaktadır.

6-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait yatak devir hızı (hasta) incelenmiştir.

Genel olarak çalışmaya konu olan yılların 2.çeyreğinde yatak devir hızının düşük olduğu tespit edilmiştir. Yıl sonu ortalamasında yatak devir hızının en yüksek olduğu yıl 2018 iken en düşük olduğu yıl ise 2020 yılı olmuştur. Bu anlamda 2018 yılında hastane yataklarının diğer yıllara oranla daha çok hasta tarafından kullanıldığı

ve yatakların daha verimli kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. 2020 yılında hastane yatakları daha az hasta tarafından kullanılmış beklenen verim elde edilememiştir. Bu durumun da pandemi kaynaklı olduğu düşünülmektedir. 2017 yılı ile 2020 yılı yatak devir hızı arasında %21,2 oranında azalma tespit edilmiştir.

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018 ve 2019 yıllarına ait yatak devir hızının Türkiye geneli (Sağlık Bakanlığı), Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van il geneli ile yapılan karşılaştırmasında; yatak devir hızının 2017 yılında yapılan tüm karşılaştırmalardan düşük olduğu, 2018 yılında yatak devir hızının, Van il geneli yatak devir hızından düşük olduğu diğer karşılaştırmalardan ise yüksek olduğu, 2019 yılında ise tüm karşılaştırmalardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yatak devir hızı konusunda 2018 ve 2019 yılında genel olarak başarılı bir performans sergilenmiştir. Yatak devir hızının düşük ve yatakların en verimsiz kullanıldığı yıl 2017 olmuştur. Bu durum hasta başına daha çok harcama yapılması ile daha çok kamu giderlerine neden olmuştur. Ayrıca hastaların daha uzun süre hastanede tedavi görmelerine neden olduğundan, ulaşılabilir ve etkin sağlık hizmeti beklenen standartların altında kalmıştır, hasta başına maliyet artmıştır.

7-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait ortalama hasta kalış gün sayısı incelenmiştir.

Yıl sonu ortalama hasta kalış gün sayısına bakıldığında 2017, 2018 ve 2019 yıllarında 3,8 gün olduğu tespit edilmiştir. 2020 yılında ise 4,2 gün olduğu ve diğer yıllardan daha yüksek kalış gün sayısına ulaşıldığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda 2020 yılı 3 aylık periyotlar bakımından da en yüksek ortalama kalış gün sayısına ulaşmıştır. 2017 yılı ile 2020 yılı ortalama hasta kalış gün sayısı arasında %10,5 oranında artış tespit edilmiştir.

SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2017, 2018 ve 2019 yıllarına ait ortalama hasta kalış gün sayısının Türkiye geneli (Sağlık Bakanlığı), Ortadoğu Anadolu Bölgesi ve Van il geneli yapılan karşılaştırmasında; hastane ortalama kalış gün sayısı sadece 2017 yılında Van il ortalamasının üstünde iken diğer tüm yıllarda yapılan karşılaştırmalarda daha düşük çıkmıştır. Ortalama kalış gün sayısının düşük

çıkması istenen bir durum olduğundan hasta başına düşen birim maliyet azalmakta ve sağlık hizmetlerinde tasarruf ve verimlilik sağlanmaktadır.

8- Yapılacak genel değerlendirmede SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Türkiye (Sağlık Bakanlığı) geneli ile yapılan karşılaştırmasında; 2017, 2018 ve 2019 yıllarında yatak doluluk oranının düşük olduğu ve yatakların verimsiz kullanıldığı, yatak devir hızı ve ortalama hasta kalış gün sayısının ise genel olarak verimli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma yapıldığında Sağlık Bakanlığı'na ait 2020 yılı istatistikleri henüz yayınlanmadığından, 2020 yılına ait tüm performans kriterleri sadece hastane bazında incelenmiştir. 2020 yılına ait ulaşılan tüm verilerin COVID-19 salgınından ciddi şekilde etkilendiği görülmektedir. Bu açıdan hastanenin en verimsiz ve en az etkin olduğu yıl 2020 olmuştur.

9- SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi performansının Van il geneli performans göstergelerinden düşük çıkması yatak sayısının fazlalığı, hekim ve hemşire sayısının yetersiz oluşu ve ileri teknoloji ile daha ağır hastaların tedavi edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

10- 2017 yılında yatak sayısının 1627'den 1500'e düşürülmesi performans göstergelerinde yüksek skorların ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması için sıralanan öneriler aşağıda yer almaktadır:

-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çalışmaya konu olan tüm yıllarda uzman hekim ve hemşire eksikliği bulunmaktadır. Bu bağlamda kurum içi personel dağılımının bir plan dahilinde dengeli yapılması ve sağlık politika geliştiricilerinin insan gücü istihdamını sağlayacak eğitim ve atama alt yapısını oluşturarak personel eksikliğini gidermesi gerekmektedir. Eksik personel ile hizmet verilmesi hastalara ayrılan süreyi azaltacağından hasta memnuniyeti sağlanamayacak, personelin yüksek motivasyonla hizmet vermesi ve sağlıklı karar almasını olumsuz etkileyecektir.

- Çalışmaya konu olan tüm yıllar incelendiğinde, SBÜ. Van Eğitim Araştırma Hastanesi'nin yatak doluluk oranının düşük olduğu tespit edildiğinden, bu oranı arttıracak çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda yatak doluluk oranını düşüren faktörlerin hastane genelinde ve servisler bazında ayrı ayrı ele alınması, detaylı bir şekilde analiz edilmesi faydalı olacaktır. Hastane yataklarının farklı lokasyonlarda yer alması, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti, fiziki ve sosyal etkiler gibi bu oranı düşürecek iç ve dış etkenlerin doluluk oranı üzerindeki etkileri analiz edilmelidir.

-SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yatak devir hızını yükseltmek, daha çok hastaya sağlık hizmeti verilmesini ve hasta birim maliyetlerinin düşürülmesini sağlayacağından, kamu kaynaklarının verimli kullanımını ile yatak kullanım durumlarını iyileştirmeye yönelik eksikliklerin giderilmesi (insan gücü ve kaynak tahsisi gibi mali ve beşerî ölçütler) gerekmektedir.

-Hastaların uzun süreli yatışları sağlık sisteminde daha fazla maliyet oluşmasına neden olmaktadır. Hastanedeki uzun kalış süresini azaltmak ve yatakların verimli kullanılmasını sağlamak finansal gelişimi sağlayacaktır. Ancak, çok kısa kalış gün sayısına ulaşabilmek amacıyla hastayı riske atıp erken taburcu etmenin bakım kalitesini düşürebileceği ve daha kötü klinik sonuçlar ile finansal kayıplara yol açabileceği dikkate alınarak taburcu işlemleri yapılmalıdır.

-Hasta ve hasta yakınlarının talep ve ihtiyaçlarının hızlı ve güvenilir bir şekilde tespit edilmesi, kurumun yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmasını sağlayacağından hasta memnuniyeti ve kalite geliştirme çalışmalarına önem verilmelidir. Geri bildirim mekanizmasının etkin işlemesi hasta memnuniyetini sağlayacağından bu konuya gereken önem verilmelidir.

-Kurumsal performans değerlendirme, belli aralıklarla düzenli ve zamanında yapılması gereken ciddi bir iş olarak benimsenmelidir. Nitelikli sağlık hizmeti sunmak, kısıtlı kamu kaynaklarının etkin kullanımını sağlamak, idareci ve çalışanları düzenli bir şekilde denetlemek hizmette verimliliği arttıracaktır.

-Performans değerlendirmesi yapan çalışanların işlerini objektif ve güvenilir bir şekilde yapmalarına imkân verilmesi bu nedenle idarenin gerekli desteği ve kolaylığı sağlaması gerekmektedir. Aksi halde düzensiz yapılacak değerlendirme veya tespit edilen eksiklikler hakkında gerekli iş ve işlemlerin yapılmaması öncelikle idareye karşı olan güveni sarsacaktır.

-Kurumsal performans değerlendirmesi yapan çalışanların değerlendirmeyi yapabilecek altyapı ve eğitime sahip olması ve belirledikleri güçlü ve zayıf yönleri olduğu gibi idarecilere rapor etmesi gerekmektedir. Hedeflenen performans değerleri ile ulaşılan değerler arasındaki farkın hangi göstergelerden kaynakladığı çok iyi bir şekilde analiz edilerek en kısa zamanda çözüm aranmalıdır.

-Hastane performansının düşük olması halinde verime ulaşmak için idareci tarafından gerekli girişimler yapılmalıdır. Başarısızlığın nedeni irdelenirken idareciler başta olmak üzere bireysel ve yönetsel hesap verebilme mekanizmaları etkin işletilmelidir.

-Daha hızlı performans sonuçlarına ulaşmak için bilgi işlem alt yapısı mutlaka geliştirilmeli ve performans yönetiminde aktif bir şekilde kullanılmalıdır.

-Personelin performansa dayalı değerlendirmesinde esas alınan terfi, ödül ve ceza mekanizmalarının sorgulanabilir ve şeffaf olması ve personelin yaptığı katkının göz ardı edilmemesine dikkat edilmelidir. Başarısız olmayı personelden başarılı olmayı ise yönetimden bilmek çalışma barışını olumsuz etkileyeceğinden, böyle olması durumunda kurumsal hedefleri gerçekleştirmenin personel açısından bir anlam ifade etmeyeceği dikkate alınmalıdır.

-Daha yüksek performans puanlarına ulaşmak amaçlanırken etik ve sosyal ilkelere önem verilmelidir. Gereksiz tetkik ve gereksiz cerrahi işlemlerin maliyet artışına yol açacağı, bu durumun ise sağlık hizmetlerinde mali açığın oluşmasına neden olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

-Performans değerlendirme yapılırken belirlenen eksiklikler ve performansı olumsuz etkileyen hususlar sadece yazılı olarak el altında bulundurulması gereken bürokratik bir işlem olarak görülmemelidir, problemin çözümüne yönelik gerçekçi adımlar atılmalıdır. Performans değerlendirme, eksiklikleri gidermek ve daha başarılı olmak için bir fırsat olarak görülmelidir. Aynı zamanda hastane yöneticilerinin yöneticilik vasıflarını ortaya koymalarını sağlayan önemli bir husus olarak ele alınmalıdır.

-Bireysel performansın artması amacıyla objektif olarak denetlenebilen değerlendirme kriterlerinin geliştirilmesi ve bireysel hedeflerin gerçekleştirilmesi için kurumsal desteğin sağlanması, personele verilen düşük ya da yüksek performans puanının somut bir şekilde kanıtlanabilir olması gerekmektedir. Keyfi yaklaşımın olması örgütsel bağın zayıflamasına neden olacak ve yetenekli çalışanlar kurumdan ayrılmak isteyecektir.

-Başarılı bir performans yönetim sistemine sahip olmak için dengeli personel planlamasının yapılması, personelin gelişimine katkıda bulunacak eğitimin verilmesi böylece bireysel ve takım halinde bilgi ve becerilerinin arttırılması ve rotasyonlar yapılırken idarecilerin kişisel kararlardan ziyade ihtiyaç ve liyakate önem vermesi çalışan performansı üzerinde olumlu etki oluşturacaktır.

-Kurumsal hedefleri bireysel hedeflere dönüştürmek için çalışan performansının adil ve güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetici ve çalışanların iletişimlerini koparmadan beraber hareket etmesi, bunun yapılması için belirli aralıklarla idareci ve çalışanlar arasında hedef analizi görüşmelerinin yapılması, çalışanın düşüncelerine ve memnuniyetine önem verilmesi gerekmektedir.

-Performansı değerlendirilen personele en kısa zamanda dönüş yapılarak zayıf ve güçlü yönlerinin bildirilmesi ve tespit edilen eksikliklerinin tamamlanması amacıyla destek verilmesi gerekmektedir.

-Kurumsal ve bireysel hedeflere ulaşmak için personeli motive edici, kapsamlı, sorgulanabilir, gelişmeye katkı sağlayacak ve sürekli bir değerlendirme sisteminin uygulanması etkili olacaktır.

-Personelin performans değerlendirmesi yapılırken kurumsal hedeflere katkısı ve görevindeki başarısı, iş yerinde idarecilerine ve çalışma arkadaşlarına karşı davranışları, resmi ve ahlaki kurallara uyma derecesi ayrı ayrı değerlendirilmesini sağlayacak çok kriterli bir yaklaşım sergilenmelidir. İdareci, çalışanın birbirinden bağımsız ve belirgin özelliklerini ayırt etme yeteneğine sahip olmalıdır. Bu durum sağlanmadığı takdirde çalışanın idareci üzerindeki ilk izlenimi verilen kararları etkileyecek bu durum ise objektif karar verilmesini engelleyecek halo veya horn etkisi oluşturacaktır.

-İdareci, personelinin performansını değerlendirirken çalışanı hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı, çalışanıyla ters düşmek, koltuğunu korumak, çalışanlarına sempatik görünmek veya personelinin başarısını kendisi için tehdit oluşturacağı kaygısıyla yaklaşarak kurumsal amaçlarla uyuşmayan bir değerlendirme yapmamalıdır. Belirli derecelere yönelerek personelin hak etmediği yüksek veya düşük performans notu vermemelidir.

-İdareci, personelinin değerlendirirken personelin değerlendirme dönemine denk gelen davranışlarını ve yaşanan olayları dikkate alıp önceki davranış ve olayları göz ardı etmemelidir. Değerlendirme sezonunun tamamı dikkate alınmalı yakın geçmişteki olayların karar verme aşamasında etkili olması engellenmelidir. Aksi halde tüm sezonu kapsamayan değerlendirme kararı gerçekçi olmayacak ve performansın sürekliliği ilkesine uymayacaktır.

-İdareci, personelinin değerlendirirken birbiriyle karşılaştırma yapmamaya dikkat etmeli, çalışanları başarılı ve başarısız olarak değil rastgele değerlendirerek oluşabilecek kontrast hatasına mahal vermemelidir. Her departmanda farklı iş tanımları olduğu dikkate alınarak önemli işleri yapan personeller ve önemsiz işleri

yapan personeller şeklinde çalışan pozisyonundan etkilenmeden değerlendirme yapılmalıdır.

-İdareci, personelin cinsiyeti, yaşı, dini, soy bağı gibi kriterleri esas alarak değerlendirme yapmamalı, hakkaniyet çerçevesi içinde değerlendirme yaparak bireysel performans ve liyakati temel almalıdır.

-Kurumsal performansı iyileştirmek amacıyla hasta kabul ve yönlendirme hizmetleri, kurumsal alt yapı ve otelcilik hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla hasta ve hasta yakınlarına yazılı veya elektronik memnuniyet anketlerinin yapılması, tespit edilen eksikliklerin tamamlanması gerekmektedir.

-Performansa dayalı ek ödeme, çalışma barışını ve personelin motivasyonunu bozacak şekilde bir ödeme yöntemi olarak kullanılmamalıdır. İdareci bu ödemeyi kontrol mekanizması olarak kullanmamalı, yalnızca ücretlendirme yoluyla verim elde etmeye çalışmamalıdır. Ödeme yapılırken bireysel başarı dikkate alınarak takım ruhunun korunması sağlanmalıdır.

-Sağlık hizmetleri karmaşık bir sistem içerisinde sunulduğundan tek bir kriter kapsamında değerlendirme yapmak güvenilir olmayacaktır. Performans değerlendirmesi yapılırken verimlilik, etkinlik ve kalitenin ölçülmesini sağlayan kriterlerin seçimi daha kapsamlı ve güvenilir bir sonuç vereceği dikkate alınarak ölçüm yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunda verimlilik ve etkililiği en yüksek noktaya taşımak performans ölçümünün klinik hizmetler ve yönetim hizmetleri noktasında iyileştirici adımlar atmak gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Aggarwal, A. ve Thakur, S.M. (2013). Techniques of Performance Appraisal – A Review. *International Journal of Engineering and Advanced Technology (IJEAT)*, 2(3), 617-621.
- Ağırbaş, İ. (2019). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akçakanat, T. (2009). *İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme: Isparta İl Emniyet Müdürlüğü'nde Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akçakanat, T. ve Çarıkçı, İ. (2016).Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 21(3), 865-892.
- Akçakanat, T. ve Çarıkçı, İ. (2019). *Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Sağlık Kurumlarında Uygulanması*. İstanbul: Hiperyayın.
- Akdağ, R. (2007). *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002 Haziran 2007*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Erişim: <https://www.recepakdur.com/yayinlar/kitaplar-ve-makaleler/kitaplar/tu-rkiyede-sag-lik-hizmetleri-ve-avrupa-toplulug-u-u-lkeleri-ile-kiyaslanmasi> Erişim Tarihi: 14/12/2020.
- Akdur, R.(2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Üniver Basımevi.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık. 12. *Ulusal Halk Kongresi Kitabı*, 45-71.

Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi:Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)*. (Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Tekirdağ Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aksoy, B. (2001). *Hastanelerde Hekim Performansının Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aktaş, E. (2010). *Performans Değerlendirme Sistemlerinin Örgütsel Adalet Algısı Üzerindeki Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aktel, M., Altan, Y., Kerman U., Eke, E. (2013). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 (2), 33-62.

Altan, Y. (2005). *Türk Kamu Yönetiminde Performans Değerlendirme Sistemi ve Çağdaş Bir Model Önerisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.

Armstrong, M. (2018). *Armstrong’s Handbook of Performance Management: An Evidence-Based Guide to Delivering High Performance. (Sixth Edition)*. United Kingdom: Jellyfish Printed.

Anayasada Sağlığa Erişim Hakkı www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709-19821018.pdf .Erişim Tarihi : 03/12/2020.

Arısoy Ş, D. (2017). *Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aslan, S., Erdem, R. (2017). Hastanelerin Tarihsel Gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(27), 7-21.

Ashdown, L. (2018). *Performance Management: A Practical Introduction (Second Edition)*. United Kingdom: CPI Group.

Astuti, H.J. ve Nagase, K. (2014). Patient Loyalty to Healthcare Organizations: Relationship Marketing and Satisfaction. **International Journal Of Management and Marketing Research**, 7(2), 39-56.

Ateş, M. (2013). (Ed.). **Sağlık Hizmetleri Yönetimi**. (İkinci Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.

Ateş, M. (2016). **Sağlık Sistemleri**. İstanbul: Beta Yayıncılık.

Atlı, Y., Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elâzığ İli Sağlık Sektörü. **Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 2(2), 45-64.

Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S. ve Sümer, S. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. **The Lancet**. 382 (9886), 1-35.

Awan, S.H., Habib, N., Akhtar, C.S., Naveed, S. (2020). Effectiveness of Performance Management System for Employee Performance Through Engagement. **Sage Open Journals**, 10, 1-15.

Aydemir, İ. (2019). Bir Kamu Hastanesinde Yatak Kullanım Etkinliğinin Değerlendirilmesi. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, 5 (2), 230-242.

Ayverdi, İ. (2010). **Kubbealtı Lugati, Misalli Büyük Türkçe Sözlük**. İstanbul: Seçil Ofset.

Bağcı, H. ve Atasever, M. (Eds.) (2020). **Türkiye Sağlık Sistemi**. Ankara:A Akademisyen Kitapevi A.Ş.

Bakan, İ., Kelleroğlu, H. (2003). Performans Değerlendirmenin Etkinleştirilmesi Yönünde Çalışanların Düşünceleri: Tutumlar Beklentiler ve Sonuçlar Konusunda Bir Alan Çalışması. **Yönetim ve Ekonomi Dergisi**. 10(2), 75-97.

Bal D., M. (2014). Yataklı Tedavi Kurumları Hemşire İnsangücü Planlama Yaklaşımları. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**. 3(1), 148-154.

Balkan, S. (2021). **Türkiye’deki Hastanelerin Performanslarının Değerlendirilmesi: Etkinlik ve Maliyet Etkinlik Analizi**. (Doktora Tezi). Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Barutçugil, İ. (2015). **Performans Yönetimi**. İstanbul: Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri Ltd.Şti.
- Baş, F. (2021). **Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Performanslarının Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri Kullanılarak Değerlendirilmesi**. (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bayram, L. (2006). Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerlendirme. **Sayıştay Dergisi**, 62, 47-65.
- Bazğan, Y. (2018). **Ek Ödemeler ve Çalışan Performansı Arasındaki İlişki: Bir Sağlık Kurumu Çalışanlarının Algılamaları Üzerine Araştırma**. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Belgesel Kaynak Taraması Nedir?
https://personel.omu.edu.tr/docs/ders_dokumanlari/8367_33708_1655.pdf
Erişim Tarihi:09/06/2021.
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Tanımı
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>.Erişim Tarihi:09/12/2020.
- Boruchovitch, E. ve Mednick, B. (2002). The Meaning of Health and İlness: Some Considerations for Health Psychology. **Psico-USF**, 7 (2), 175-183.
- Bozkurt, İ. (2020). Hizmet, Sağlık Hizmeti ve Hastane Kavramları. Şerife Alev Uysal ve Rukiye Çelik (Ed.), **Sağlık Yönetiminde Güncel Konular** içinde (85-115). Ankara: İksad Yayınevi.
- Camelia A.B., Luminita, R. (2013). The Concept of Performance – History and Forms of Manifestation. **Annals of Faculty of Economics, University of Oradea, Faculty of Economics**, 1(1), 1145-1153.
- Carlos, V., Salvador M.G., Abraham, E.M., Erick, C.M.E., Corby, M.M.R. (2020). 360 Degree Evaluation Review Applied in Top Level Education. **EUREKA: Social and Humanities Journal**, 3, 27-35.

- Çakır, R. (2017). *Kırsal Mahallelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Bursa İli Örneği*. (Uzmanlık Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi/Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Çakıroğlu, O., ve Seren, A. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri. *Sağlıkta ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 37-43.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlıkta Yönetim Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çelik, M. (2017). *Örnek Uygulamalı Performans Yönetimi Kavram, Araştırma, Analiz*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Çelik, V. (2013). *Avrupa Birliği'ne Uyum Çerçevesinde Performans Yönetiminin Türk Kamu Yönetiminde Uygulanabilirliği*. (Doktora Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çetinkaya, O. (2013). *2000’li Yıllarda Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin İdari, Teknik ve Kalite Boyutlarında Meydana Gelen Değişimlerin Algısı: Doğu İlleri Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler/Enstitüsü.
- Çınaroğlu, S., Şahin, B. (2012). Yönetici Değerlendirmelerine Göre Hastanelerde Performans Ölçümü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15 (1), 59-78.
- Çıta, K., Keçecioğlu, T. (2015). Çalışanların Performans Yönetimi Sistemini Algılamaları Üzerine Bir Araştırma. *EUL Journal of Social Sciences (VI-II) LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 19-36.
- Değirmenci D., S. (2019). Sağlık Hizmetlerinin Merkez Örgütlenmesi. Tekin Avaner ve Recep Fedai. (Ed), *Türkiye’de Sağlık Yönetimi* içinde (19-37). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Demir, Y. (2006). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından Performans Değerlendirme Yöntemlerinin İncelenmesi, Güven Sigorta T.A.Ş İçin Karşılaştırmalı Bir Model*. (Doktora Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demircan, M. (2016). *Sağlık Sektöründe Döner Sermaye Yapısı*. (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demirel, H. (2008). *1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama*. İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları.

Donev, D., Kovacic., L., Laaser, U. (2013). The Role and Organization of Health Care Systems. Genc Burazeri ve Lijana Zaletel Kragelj (Ed.), **Health: Systems, Lifesteyles, Policies**. içinde (3-14). Germany: Jacobs Publishing Company.

Dişkaya, A. (2006). *Performans Yönetimi Sistemi ve Bir Finans Şirketinin Performans Değerlendirme Sisteminin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Kadir Has Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ek Ödeme Yönetmeliği <https://www.memurlar.net/haber/890027/saglik-personelinin-doner-sermaye-yonetmeli-degisti.html>. Erişim Tarihi: 13/02/2021.

Elbek, O., ve Adaş, E.B. (2019). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-44.

Erdoğan, H. (2014). *Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003- 2010)*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.

Erol, H., Özdemir, A.(2018).Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi CEEİK 2018 Özel Sayısı*, 15 (15), 119-146.

Filiz, M. (2017). *Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık Personellerinin Algısı (Sivas İli Örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Çağ Matbaası.

Gazi, A. (2006). **Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi**. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gökkaya, D., ve Erdem, R. (2021). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. **International Journal of Economic and Administrative Studies**, (31), 73-96.

Güner, G. (2015). **Özel Hastanelerde Performans Yönetiminin Değerlendirilmesi: Ankara’ya Yönelik Bir Çalışma**. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ufuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Helvacı, M.A. (2002). Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi. **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 35 (1-2), 155-169.

Huang, K.P., Huang, C.H., Chen, K.H. ve Yien J.M. (2011). Performance Appraisal-Management by Objectives and Assessment Centre. **American Journal of Applied Sciences**, 8 (3), 271-276.

Huber, M. (2011). ‘How Should We Define Health?’. **BMJ (British Medical Journal)**, 343, 1-3.

Işığışık, E. (2008). Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi. **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi**, 7, 2-23.

Iuliana, I.E., Maira, C. (2016). Organizational Performance – A Concept That Self- Seeks To Find Itself. **Annals of Constantin Brancuşi University of Targu Jiu, Economy Series**, 4, 179-183.

İzci F., Saydan, R. (2013). Algılanan Hizmet Kalitesi Kurumsal İmaj ve Sadakat İlişkisi (Van Bölge Hastanesi Uygulaması). **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 14(1), 199-219.

Kamu Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri
<http://www.turkbiyokimyadernegi.org.tr/upload/48/Dosyalar/tm p/201959174414.pdf>. Erişim Tarihi 19/06/2021.

Karahan, A. ve Özgür, E. (2011). **Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi**. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Karasoy, A. (2014). Türk Kamu Yönetiminde Performans Yönetimine Bir Bakış. **Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi**, 10 (22), 257-274.

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, 19 (2), 131-174.

Keskin, Ş. (2015). **Sağlıkta Performans Uygulamaları**. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kestane, D. (2003). Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği. **Maliye Dergisi**, 143, 126-144.

Kıral, B. (2020). Nitel Bir Veri Analizi Yöntemi Olarak Doküman Analizi. **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 15, 170-189.

Kırgın, D. (2011). **Kalite Yönetim Sistemlerinin Hastanelerin Performansları Üzerine Etkileri: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma**. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Korenkova, V., Zavadsky J., Lis, M. (2019). ‘Linking A Performance Management System and Competencies: Qualitative Resarch’. **International Society for Manufacturing, Service and Management Engineering**, 11 (1), 51-67.

Korku, C. (2010). **Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmetleri Kalitesine Etkisi: Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirilmesi**. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri <https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html> Erişim Tarihi: 04/12/2020.

Lim J.S., Lim K.S., Heinrichs, J., Al-Aali, K., Aamir, A., Qureshi, M.İ. (2018). The role of hospital service quality in developing the satisfaction of the patients and hospital performance. **Management Science Letters**, 8, 1353- 1362.

Maliye Bakanlığı (2004). **Performans Esaslı Bütçeleme Rehberi (Pilot Kurumlar İçin Taslak)**. (<https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/01/Performans-Esaslı-B1-B3%BCt%C3%A7eleme-Rehberi-Aral%C4%B1k-2004.pdf>) Erişim tarihi :15/01/2021

Mert, İ.S. (2020). Performans Geribildirim Üzerine Keşfedici Bir Araştırma. **Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 38, 133-148.

Mevzuat (1961). Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı
www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf Erişim Tarihi: 03/12/2020.

Mevzuat (1983). Hastane Nedir?
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 01/01/2021.

Mevzuat (1983). Koruyucu Sağlık Hizmetleri Tanımı
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 04/12/2020.

Moran, B. (2013). Sağlıkta Sistemi İçinde Performans Sistemi. **Düşünce Dünyasında Türkiz Siyaset ve Kültür Dergisi**, (24), 17-28.

Nesanır, N. (2007). Sağlıkın Piyasalaştırılması Sürecine Önemli Bir Katkı: Döner Sermaye ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Yöntemleri. **Toplum ve Hekim Dergisi**, 22 (4), 274-2789.

Normand, C. ve Weber, A. (2009). **Social Health Insurance: a Guidebook for Planning**. Erişim Adresi: www.who.int/health_financing/documents/shi-guidebook.pdf Erişim Tarihi: 13/02/2021.

Obisi, C. (2011). Employee Performance Appraisal and Its Implication For Individual and Organizational Growth. **Australian Journal of Business and Management Research**, 1 (9), 92-97.

Öz, B. (2019). **İnsan Kaynaklarında Performans Değerlendirme Sistemi ve İş Hukukuna Yansımaları (Uygulamalı)**. Ankara: Ekin Basın Yayın Dağıtım.

Özdemir, S. (2019). **Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ek Ücret Sisteminin Sağlık Çalışanları Tarafından İş Verimliliği Açısından Değerlendirilmesi: Siirt Devlet Hastanesi Örneği**. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin: Toros Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özkeser, B. Uzun, A. (2015). A Dynamics Performance Management Model. *Alphanumeric Journal*, 3(2), 153-168.

Özmen, F., Üzmez, İ. (2007). Örgütsel Etkililik Açısından Performans Değerlendirme- İş ve Eğitim Örgütlerinde Performans Değerlendirme Süreci. *e-Journal of New World Science Academy*, 2 (1), 14-30.

Öztürk, A.T. (2010). İnsan Kaynakları Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret ve Teşvik Sistemi. *Organizasyon ve Yönetim Dergisi Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1- 10.

Performans Nedir? <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi:03/02/2021

Pintea, M.O., Achim, M.V. (2010). Performance- An Evolving Concept. *Annals of University of Craiova Economic Sciences Series*, 2, 1-12.

Rahimi, H., Khammar-nia, M., Kavosi, Z. ve Eslahi, M. (2014). Indicators of Performance Evaluation: A Systematic Review. *International Journal of Hospital Research*, 3 (4), 199-208.

Rajitha, M., Balachandar, P. ve Ranjitkumar, P. (2019). Performance Appraisal: Traditional and Modern Approach. *Adalya Journal*, 8(11), 71-81.

Resmî Gazete (1961). 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>. Erişim Tarihi 20/12/2020.

Resmî Gazete (1963). 17927 Mük. Sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.85319.pdf> Erişim Tarihi :20/12/2020.

Resmi Gazete (2001). Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Personele Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme Yönergesi <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2001/01/20010123.htm#1> Erişim Tarihi: 03/04/2021.

Resmi Gazete (2011). Sağlıkta Dönüşümün Bileşenleri ve Teşkilat Yapısı <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> Erişim Tarihi: 27/12/2020.

Resmi Gazete (2020). Ek Ödeme Yönetmeliği.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200304-4.htm>. Erişim
Tarihi: 13/02/2021.

Resmi Gazete (2021). Ek Ödeme Yönetmeliği Geçici Madde.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/01/20210112-1.htm> Erişim
Tarihi: 15/02/2021.

Sağlığı Geliştirme Kavram
http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/isyeri_hemsireligi/h1.pdf
Erişim Tarihi: 09/03/2021.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2018). Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15588,sggm-calisma-yonergesipdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 12/12/2020.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli (PDC) Tanımı ve İlkeleri
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.17232-ek.doc>
Erişim Tarihi: 19/07/2021.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2017 Yılı
<https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-10817/turkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-tasra.html> Erişim Tarihi: 19/07/2021.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2018 Yılı
<https://www.mymemur.com.tr/saglik-bakanligi-personel-dagilim-cetveli-pdc-yayimlandi-105296h.htm> Erişim Tarihi: 19/07/2021.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2019 Yılı
<https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-saglik-bakanligi-personel-dagilim-cetvelini-guncelledi-2-12-83496.html> Erişim Tarihi: 19/07/2021.

Sağlık Bakanlığı Personel Dağılım Cetveli 2020 Yılı
<https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-42988/personel-dagilim-cetveli-pdc.html>
Erişim Tarihi: 19/07/2021.

Sağlık Bakanlığı (2001). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2006). ***Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2007). Koruyucu Sağlık Hizmetleri Tanımı
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11236/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerge-13-10-2006-tarih-ve-11465-sayili-makam-onayi-yururluge-girmistir.html>. Erişim Tarihi: 04/12/2020.

Sağlık Bakanlığı (2010). ***Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti***. Ankara: Opus Basın Yayın ve Ambalaj Sanayi ve Ticaret Ltd.Şti.

Sağlık Bakanlığı (2012). ***Stratejik Plan 2013-2017***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2013). ***Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013***. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.

Sağlık Bakanlığı (2018a). ***Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2018b). ***Faaliyet Raporu 2018***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2019a). ***Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2019b). ***2019-2023 Stratejik Planı***. Ankara: Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı (2019c). ***İl Sağlık Müdürlüğü Gösterge Kartları***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2020a). ***Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2020b). ***2020 Yılı Performans Programı***. Ankara: Vega Basım Hizmetleri.

Sağlık Bakanlığı 2021 Yılı Performans Programı
https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39975,2021-yili-performans-programipdf.pdf?0&_tag1=3DD0DAB8F598424A848980250AB491A9F862200C Erişim Tarihi: 16/12/2020.

Sağlık Bakanlığı. (2021a). ***Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019***. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2019). 2. ve 3. Basamak Sağlık Hizmetleri
<https://shgm.saglik.gov.tr/TR,55587/201910-saglik-hizmeti-sunucularinin-basamaklandirilmesi-hakkinda-genelge.html> Erişim Tarihi: 09/12/2020.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Misyon ve Vizyon.
https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40522/0/vizyon-ve-misyonpdf.pdf?_tag1=4DB8EAA3091D145A41FA4DC3645A40B2B5BA268F Erişim Tarihi: 04/01/2021.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1983). **Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923- 1983 ve 1982 Yılı Çalışmaları**. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1986). **Yataklı Tedavi Kurumları 1985 Yılı Bülteni**. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.

Sağlık Bakanlığı Verimlilik Karnesi Gösterge Kartları
<https://khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr/TR,43442/karne-gosterge-kartlari.html>. Erişim Tarihi: 23/07/2021.

Sağlık Nedir? <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 12/12/2020.

Sağlık Nedir? <https://www.who.int/about/governance/constitution>
Erişim Tarihi 12/12/2020.

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri
<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> erişim tarihi 09/01/2021.

Saluvan, M., Kaya, S. (2010). Hastanelerde Performans Ölçümü. **Verimlilik Dergisi**, 4, 1-27.

Sarsenova, K. (2010). **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama**. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Scanlon, D.P., Christianson, J.B., Ford, E.W. (2008). Hospitals Responses to Leapfrog in Local Markets. **Medical Care Research and Review**. 65(2), 207-232.

Seçtim, H. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. **Management and Political Sciences Rewiev**, 1(1), 117-133.

Selvi, F. A. (2011). **Sağlık Kuruluşlarında Performans: Bir Devlet Hastanesi Örneği**. (Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Sert, S. (2019). *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019)*. (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sharma, R. (2018). Performance Management System: A Strategic Tool for HRM. *Pramana Resarch Journal*, 8 (4), 252-258.
- Si, S.L, You, X.Y., Liu, H.C. ve Huang, J. (2017). Indentifying Key Performance For Holistic Hospital Management With a Modified DEMATEL Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1-17.
- Siyoto, S. ve Tule, A.R. (2019). Analysis of Bed Occupancy Rate in Terms of Internal Factors (Procedures, Doctor, Nurse, Facilities and Infrastructure). *Global Journal of Health Science*, 11(13), 77-84.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1), 51-62.
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. Mehtap Tatar (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi-I* içinde (3-24). Eskişehir: Web-Ofset.
- Sönmez, Ö. (2009). *Ek Ödemelerin Analitik Hiyerarşi Süreci ile Değerlendirilmesi: Hastanelerde Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal/Bilimler Enstitüsü.
- Sulku, S.N. (2011). The Health Sector Reforms and Efficiency of Public Hospitals in Turkey: Provincial Markets. *European Journal of Public Health*, 22 (5), 634-638.
- Şeker, Ş.A. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi. Tekin Avaner, Recep Fedai (Ed.), *Türkiye’de Sağlık Yönetimi* içinde (273-290). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Taştan, S. (2017). *Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Elâzığ: Fırat Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Tekin, A. (2007). *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tengilimoğlu, D., Toygar, Ş.A. (2013). Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(1), 50-78.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2018). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (Dokuzuncu Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tok, Y. (2021). *Hastane Otomasyon Sistemi ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ufuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Topcu, H.G. (2018). *Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısına İlişkin 663 Sayılı ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkında Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Topçu, A. (2014). *Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarında Performans Yönetimi Uygulamalarının Kurumsal Kültür Boyutunda Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Hasan Kalyoncu Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tunçer, P. (2013). Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Motivasyon. *Sayıştay Dergisi*, 88, 87-108.
- Turgut, H. (2017). Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerleme Yöntemi. *Sayıştay Dergisi*, 42, 56-68.
- Uğurluoğlu, Ö., Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29.
- Usman, G., Memon K. ve Shaikh, S. (2015). Bed Occupancy Rate and Length of Stay of Patients in Medical and Allied Wards of Tertiary Care Hospital. *Journal of Ayub Medical College*, 27 (2), 367-370.
- Usta, A., Kubat, A. (2013). Belediyelerde Performans Yönetimi: Boyutlar ve Ölçütler. *Verimlilik Dergisi*, 3, 1-16.
- Uyargil, C. (2017). *Performans Yönetimi Sistemi*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.

- Ünal, A., Kulakaç, N. (2019). Kamu Hastaneleri Performans Ölçüm Yaklaşımının Sağlık Yöneticileri Tarafından Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 18-24.
- Üzüm, B., Uçkun, S. (2018). Performans Değerlendirme Yöntemleri Üzerine Nitel Bir Araştırma: Kocaeli İli Örneği. *Journal of Business Resarch Turk*, 10(2), 254-275.
- Van Dijk, D., Schodl, M. M. (2015). Performance Appraisal and Evaluation. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 17 (2), 716-721.
- Veillard, J.HM. (2021). *Performance Management in Health Systems and Services: Studies on Its Development and Use At International, National/Jurisdictional, and Hospital Levels*. (PhD Thesis). Amsterdam: Universty of Amsterdam/Faculty of Medicine.
- Yamaç, S.Ö (2016). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazgan, M. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yazıcı, U. (2021). *Karadeniz Bölgesinde Yer Alan Devlet Hastanelerinin 2018 Yılı Hizmetleri Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi Yöntemi ile Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Gümüşhane: Gümüşhane Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldırım T., N. (2017). *Kamu Kurumlarında Performans Değerlendirme ve Bir Uygulama Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldız, M.S. (2017). Hastane Yatak Kullanım Verimliliğinin Değerlendirilmesinde Pabon Lasso Metodu: Literatür Taraması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 152-163.
- Yiğit, V. (2017). Hastanelerde Yatak Kullanım Etkinliğinin Pabon Lasso Modeli ile Analizi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3 (1), 164-174.

- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1, 176-188.
- Yumuşak, S. (2009). *İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlemesinin Etkinliğinin Ölçülmesi ve Bir Uygulama*. (Doktora Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yurdakul, E.S. (2019). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi. Tekin Avaner ve Recep Fedai. (Ed.), *Türkiye’de Sağlık Yönetimi* içinde (1-17). (Birinci Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Yücel, E. (2019). Kamu Hastanelerinde Yatak Doluluk Oranını Etkileyen Faktörler *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 1-11.
- Yükçü, S., Atağan, G. (2009). Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23 (4), 1-13.
- Yüksel, N. (2015). *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Algılarının Ölçümü*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- WHO. (2020). *The New European Policy For Health – Health 2020*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Zaim H., Tarım, M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 59 (2), 1-24.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : Sular, Davut
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri :
E-mail :
ORCID : _____

Eğitim Derece

Eğitim Birimi

Mezuniyet Tarihi

Lisans	: Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi	2014
	Anadolu Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2021
Önlisans	: İstanbul Üniversitesi Sağlık Teknikerliği	2018

İş Deneyimi Yıl

Yer

Görev

2011-....	Van İl Sağlık Müdürlüğü	Sağlık Teknikeri
-----------	-------------------------	------------------

Yabancı Dil İngilizce

Yayınlar

Hobiler



VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

LİSANSÜSTÜ TEZ ORJİNALLİK RAPORU

Tez Başlığı / Konusu:

10/09/2021

Sağlıkta Performans Yönetimi ve Uygulamaları: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

Yukarıda başlığı/konusu belirlenen tez çalışmamın Kapak sayfası, Giriş, Ana bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan toplam 165 sayfalık kısmına ilişkin, 10/09/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %18 (onsekiz)'dir.

Uygulanan Filtreler Aşağıda Verilmiştir:

- Kabul ve onay sayfası hariç,
- Teşekkür hariç,
- İçindekiler hariç,
- Simge ve kısaltmalar hariç,
- Gereç ve yöntemler hariç,
- Kaynakça hariç,
- Alıntılar hariç,
- Tezden çıkan yayınlar hariç,
- 7 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 7 words)

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Lisansüstü Tez Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılmasına İlişkin Yönergeyi İnceledim ve bu yönergede belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içemediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

10/09/2021
Davut SULAR

Adı Soyadı : Davut SULAR

Öğrenci No :179210011

Anabilim Dalı :Kamu Yönetimi

Programı : Yönetim Bilimleri

Statüsü : Y. Lisans ☒ Doktora ☐

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ferit İZCİ
10/09/2021

ENSTİTÜ ONAYI
UYGUNDUR
...../...../201.....
Prof. Dr. Bekir KOÇLAR
Enstitü Müdürü