

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN HASTANE
HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ:
HASTANE YÖNETİCİLERİ VE SAĞLIK PERSONELİNİN
DEĞERLENDİRMELERİ

Cahit KORKU

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2010

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN HASTANE
HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ:
HASTANE YÖNETİCİLERİ VE SAĞLIK PERSONELİNİN
DEĞERLENDİRMELERİ

Cahit KORKU

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sıdıka KAYA

ANKARA

2010

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

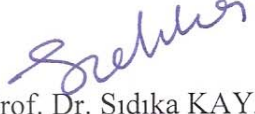
Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:


Prof. Dr. Tefik DİNÇER

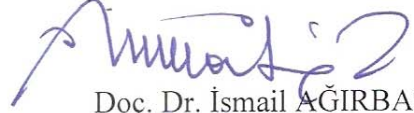
Hacettepe Üniversitesi

Danışman:


Prof. Dr. Sıdıka KAYA

Hacettepe Üniversitesi

Üye:


Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ

Ankara Üniversitesi

Üye:


Yrd. Doç. Dr. Ersen ALOĞLU

Hacettepe Üniversitesi

Üye:


Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Hacettepe Üniversitesi

ONAY:

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


Prof. Dr. Hakan S. ORER

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Başta her türlü desteğini esirgemeyen, kendilerini her zaman örnek aldığım, tez danışmanım ve çok değerli hocam Prof. Dr. Sıdıka KAYA'ya,

Görüş ve önerileriyle tez çalışmam katkı veren değerli juri üyelerine,

Yoğun çalışma şartlarına rağmen ankete zaman ayıran, anketi ilgiyle cevaplayan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına,

Anketin uygulanması sırasında her türlü desteğini esirgemeyen ve çalışmaya katkıda bulunan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan değerli arkadaşlarıma,

Araştırma aşamasında çalışmam için her türlü kolaylık sağlayan Hastane Müd. Yard. Arife A. BUCAK'a

Araştırma boyunca fikir alışverişinde bulunduğum arkadaşlarım Ahmet YILDIZ ve Uzm. Mehmet SALUVAN'a,

Her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen çok değerli aileme teşekkür ederim.

ÖZET

KORKU, Cahit. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Hastane Yöneticileri Ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi (2010). Araştırmanın amacı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine olan etkilerini çalışanların perspektifiyle ortaya koymaktır. Bu konuyla ilgili öncelikle literatür araştırması yapılarak; performans, performans değerlendirme, performans değerlendirme ücret ilişkisi, sağlık hizmetlerinde performans ölçümü, Sağlık Bakanlığı performansa dayalı ek ödeme sistemi, kalite kavramı ve sağlık hizmetlerinde kalite konuları incelenmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine olan etkilerini belirlemek amacıyla 32 soruluk bir anket geliştirilmiştir. Araştırmanın evreni Ankara ilinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2004 yılından önce (PDEÖS uygulaması öncesinde) çalışmaya başlamış ve araştırmanın yapıldığı sırada çalışmaya devam eden hastane yöneticileri ve kliniklerde çalışan sağlık personelidir. Araştırmada örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.0'da Pearson ki-kare ve Olabilirlik oranı (Likelihood ratio) ki-kare testleriyle incelenmiştir. Analiz sonucunda tespit edilen olumlu sonuçlar; sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması (hastaların; muayene, tetkik, hastaneye yatmak ve ameliyat olmak için beklediği sürelerin azalması), hasta memnuniyetinin artması, hastaların hizmet almasının daha kolay hale gelmesi, tıbbi kayıtların daha doğru ve eksiksiz olarak tutulmasıdır. Tespit edilen olumsuz sonuçlar ise; kaynakların israf edilmesi, gereksiz tetkikler, gereksiz yatışlar, endikasyonsuz müdahaleler ve etik dışı davranışların artması; çalışanlar arasındaki işbirliği ve çalışanların çalışma isteğinin azalmasıdır. Tespit edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hastane, Yönetici, Sağlık Personeli, Hizmet Kalitesi

ABSTRACT

KORKU, Cahit. The Effect of Performance Based Additional Pay System on the Quality of Hospital Services: The Evaluations of the Hospital Administrators and the Healthcare Workers, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Thesis for Healthcare Administration Master's Program (2010). The objective of the study is to put forth the effects of the performance based additional pay system on the quality of hospital services from the healthcare workers' perspective. Beforehand, literature studies regarding performance, performance evaluation, performance based additional pay system of the Ministry of Health, quality and health services quality were conducted. To evaluate the effect of performance based additional pay system on the quality of hospital services we developed a questionnaire consisting of 32 questions. The population of the study consisted of hospital administrators and healthcare workers who have been working at the Ankara Numune Education and Research Hospital since before 2004 (when the Performance Based Additional Pay System was put in effect). In the study, a sample was not selected and the entire population was taken into account. The questionnaire was conducted as a face to face interview. The obtained data was analyzed using SPSS 16.0 statistics software's chi-square and likelihood ratio chi-square tests. The results of the analysis has revealed that the beneficial aspects of this system include; accessibility to healthcare services (less waiting time for physical examination, diagnostic services, admittance to the hospital and operations), increased patient satisfaction, ease of patients' to reach healthcare services, more accurate and correct medical records. Identified negative aspects include: misallocation and wasteful expenditure of resources, unnecessary tests, admissions, interventions, increased unethical behaviors, decrease in the will to work and co operate with co-workers. Suggestions regarding these findings have been presented.

Key words: Performance Based Additional Pay System, Hospital, Administrator, Healthcare worker, Service Quality

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜRLER.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Performans.....	3
2.1.1 Performans Değerlendirme.....	3
2.1.2. Performans Değerlendirmenin Amacı.....	4
2.1.3. Performans Değerlendirmenin Önemi Ve Yararları.....	5
2.1.4. Performans Değerlendirme Yöntemleri.....	7
2.1.4.1 Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım.....	9
2.1.4.2 Ortak Performans Kriterine Dayalı Yaklaşım.....	12
2.1.4.3 Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım.....	16
2.1.5. Performans Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar.....	19
2.1.6. Performans Değerlendirme Ücret İlişkisi.....	21
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçümü.....	27
2.2.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı.....	28
2.2.2. OECD Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri.....	43

2.2.3. Dengeli Skor Kart-Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard).....	46
2.3. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Sistemi Tarihçesi.....	49
2.4. Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi.....	53
2.4.1. Bireysel Performans Ölçümü.....	54
2.4.1.1. Tanımlar.....	54
2.4.1.2. Performans Ölçüm Yöntemi.....	58
2.4.1.3. Yönetici Birim Performans Katsayısının Hesaplaması.....	61
2.4.2. Kurumsal Performans Ölçümü.....	70
2.4.2.1. Muayeneye Erişim Katsayısı.....	71
2.4.2.2. Hizmet Kalite Katsayısı.....	72
2.4.2.3. Memnuniyet Katsayısı.....	72
2.4.2.4. Kurum Verimlilik Katsayısı.....	73
2.4.2.5. Aylık Kurumsal Performans Katsayısı.....	75
2.4.3 Kurumsal Performansın Bireysel Performansa Etkisi.....	75
2.5. Kalite Kavramı.....	77
2.5.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	77
2.5.1.1. Muayene Aşaması.....	77
2.5.1.2. Kalite Kontrol Aşaması.....	78
2.5.1.3. Kalite Güvence Aşaması.....	78
2.5.1.4. Toplam Kalite Yönetimi.....	79
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	80
2.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan (Fonksiyonel) Kalite.....	82
2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Teknik Kalite.....	83
2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	84
2.7.1. Avedis Donabedian'ın Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı.....	84

2.7.2. Maxwell'in Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı.....	85
2.7.3. Ovretveit'in Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı.....	86
2.7.4. Amerikan Tabipler Birliğinin Tanımı.....	87
2.7.5. ABD Tıp Enstitüsü'nün Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı	88
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	90
3.1. Araştırmanın Amacı.....	90
3.2. Evren Ve Örneklem.....	90
3.3. Sınırlılıklar.....	92
3.4. Veri Toplama Aracı.....	92
3.5. Verilerin Toplanması.....	93
3.6. Verilerin Analizi.....	95
4. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	96
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	147
KAYNAKLAR.....	153
EKLER	

Ek 1 Anket Formu

Ek 2 Araştırma İzni

Ek 3 Eğitim Ve Araştırma Hastaneler Kadro-Unvan Katsayıları

Ek 5 Bilimsel Çalışma Puanları

Ek 6 Borçluluk Süresi Katsayısı

Ek 7 Hastane Tür Katsayısı

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADSM	:Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri
ANEAH	: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AMA	: American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IOM	: Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)
PATH	: Performance Assessment Tool For Quality Improvement In Hospital (Hastanelerde Kalite İyileştirme İçin Performans Değerlendirme Araçları – Yöntemleri)
PDEÖS	: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
RG	: Resmi Gazete
SHÇEK	:Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SPSS	: Statistical Package for The Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
OECD	:Organisation for Economic Co-operation and Development (Kalkınma ve Ekonomik İşbirliği Örgütü)
YBPK	: Yönetici Mali Birim Performans Katsayısı
WHO	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
2.1. OECD Tarafından Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri İçin 2006 Yılında Önerilen Kavramsal Çerçeve.....	45
2.2. Dengeli Skor Kart-Puan Cetveli (Balanced Scorecard).....	47
2.3. Kurum Verimlilik Göstergeleri.....	74
2.4. Kurumsal Performansın Bireysel Performansa Etkisi.....	76
2.5. Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	81
2.6. Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi.....	83

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
2.1. Derecelendirme ve Puanlama Yöntemi.....	18
2.2. 2003 Yılında DSÖ Çalışma Grubu Tarafından Önerilen Anahtar Hastane Performans Boyutları.....	29
2.3. Dünya Sağlık Örgütü Teorik Hastane Performansı Modeli	30
2.4. Performans Boyut ve Alt Boyutları.....	32
2.5. Çekirdek Performans Göstergeleri Seti	33
2.6. Uyumlaştırılmış Performans Göstergeleri Seti.....	34
2.7. DSÖ PATH Çalışması Şubat 2009 Raporu	36
2.8. PATH 2009 Yılı İndikatör Seti.....	38
2.9. PATH 2009 Yılı Türkiye’de Kullanılan İndikatör Seti	42
2.10. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Sistemiyle İlgili Mevzuat.....	49
2.11. Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı.....	55
2.12. Bilimsel Çalışma Puanları.....	56
2.13. Eğitim Ve Araştırma Hastaneler Kadro-Unvan Katsayıları.....	57
2.14. Borçluluk Süresi Katsayısı.....	62
2.15. Hizmet Kalite Standartları Katsayısı.....	63
2.16. Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı.....	63
2.17. Muayene Kabulü Yapılmış Mal, Hizmet Ve Yapım İşlerinin Saymanlık Kaydına Alınma Süresi.....	64
2.18. Hastaneye Teslim Edilmiş Mal İle İfa Edilmiş Hizmetlerin Teslim/Bitiş Tarihinden İtibaren Muayene Kabul Süresi	65
2.19. Bölge Gelişmişlik Katsayısı.....	66
2.20. Hastane Tür Katsayısı.....	67

2.21.	Hastane Yaşı Katsayısı	67
2.22.	Mali Büyüklük Katsayısı.....	68
2.23.	Görev Etkilenme Katsayısı	69
2.24.	Çalışma Süresi Katsayısı	69
2.25.	Çalışma Süresi Katsayısı (Yöneticinin Görevine Göre)	70
2.26.	Muayeneye Erişim Katsayısı (Oda ve Ünite Bilgileri)	72
3.1.	Araştırma Evrenini Oluşturan Personelin Görev Unvanlarına Ve Görev Yaptıkları Alana Göre Dağılımı.....	91
3.2.	Dağıtılan ve Cevaplanan Anket Sayı ve Yüzdeleri.....	94
4.1.	Araştırmaya Katılanların Kişisel ve Mesleki Özellikleri.....	96
4.2.	PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Süre.....	98
4.3.	PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Tetkik İçin Beklediği Süre.....	99
4.4.	PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Süre.....	101
4.5.	PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Ameliyat Olmak İçin Beklediği Süre... ..	102
4.6.	PDEÖS Öncesine Göre Hasta Başına Düşen Muayene Süresi.....	104
4.7.	PDEÖS Öncesine Göre Sağlık Hizmeti Sunanların Tetkik Ve Tedavilerde Maliyetleri De Göz Önünde Bulundurması.....	105
4.8.	PDEÖS Öncesine Göre Sağlık Hizmetlerinin Üretiminde Kullanılan Kaynakların (Teçhizat, Araç-Gereç, Malzeme, Vb) İsrafı.....	107
4.9.	PDEÖS Öncesine Göre Kişisel Özellikler (Cinsiyet, Etnik Durum Sosyo-Ekonomik Durum) Bakımından Fark Gözetilmeksizin, Bütün Hastalara Aynı Kalitede Hizmet Verilmesi.....	109
4.10.	PDEÖS Öncesine Göre Hastalar Ve Sağlık Hizmeti Sunan Kişiler Arasındaki İlişkinin Kalitesi.....	111
4.11.	PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Hekimle Olan İletişimde Soruları	

Rahatça Sorma Ve Sorularına Cevap Bulma Durumu.....	112
4.12. PDEÖS Öncesine Göre Hizmet Sunulan Ortamın Fiziki Şartlarının Uygunluğu (Mahremiyet, Rahatlık, Temizlik, Vb.).....	114
4.13. PDEÖS Öncesine Göre Hastanenin Mevcut Koşulları Altında, Hastalara. İhtiyacı Olan Hizmetlerin Verilme Derecesi.....	115
4.14. PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Hizmet Almasının Kolaylığı.....	117
4.15. PDEÖS Öncesine Göre Etik Olmayan Uygulamalar.....	118
4.16. PDEÖS Öncesine Göre Hasta Değerlendirmelerinin Ve Tedavilerinin Doğru Şekilde Yapılması.....	120
4.17. PDEÖS Öncesine Göre Koruyucu Hizmetler İle Erken Teşhis Ve Tedavi Hizmetlerine Verilen Önem.....	121
4.18. PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Tıbbi Kayıtlarının Eksiksiz Ve Doğru Olarak Tutulması.....	123
4.19. PDEÖS Öncesine Göre Tıbbi Hatalar (Uygulama Hataları).....	124
4.20. PDEÖS Öncesine Göre Komplikasyonlar.....	126
4.21. PDEÖS Öncesine Göre Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar.....	127
4.22. PDEÖS Öncesine Göre Hasta Güvenliğini Artıran, Hataları Azaltan Uygulamalar	129
4.23. PDEÖS Öncesine Göre Gereksiz Tetkikler.....	130
4.24. PDEÖS Öncesine Göre Gereksiz Yatışlar (Hastaneye Kabuller)....	132
4.25. PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Gereksiz Yattığı Günler (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Uzun Olması)	134
4.26. PDEÖS Öncesine Göre Hastanın Gereğinden Daha Kısa Sürede Taburcu Edilmesi (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Kısa Olması)	135
4.27. PDEÖS Öncesine Göre Endikasyonsuz "Uygunsuz" Müdahaleler.....	136

4.28.	PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Tercihlerine, İhtiyaçlarına Ve Değerlerine Saygılı Ve Duyarlı Olarak Hizmet Verilmesi.....	138
4.29.	PDEÖS Öncesine Göre Hastaların Bilgilendirilme Ve Tıbbi Kararlara Katılma Derecesi	140
4.30.	PDEÖS Öncesine Göre Hastalardan Gelen Şikâyetler.....	141
4.31.	PDEÖS Öncesine Göre Hasta Memnuniyeti	143
4.32.	PDEÖS Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İşbirliği.....	144
4.33.	PDEÖS Öncesine Göre Katılımcıların Çalışma İsteği	146

1. GİRİŞ

Günümüzde performans değerlendirme, işletme stratejilerinin sonuçlara dönüştürülmesinde önemli bir role sahip yönetim aracı olarak görülmektedir. Dolayısıyla işletmelerin hedeflerine ulaşmasını sağlayacak özgün bir performans değerlendirme sisteminin her işletme için oluşturulması gerekmektedir (Küçük; 2005: 1).

Kamu ve özel sektörde performans değerlendirme çeşitli nedenlerden dolayı farklılıklar gösterse de her iki sektörde de özellikle son yıllarda giderek önem kazanmakta ve tartışılmaktadır (Küçük; 2005: 1). Burada temel soru şudur; performans değerlendirmenin ne kadar doğru bir şekilde yapıldığı, bunun sonucunda kurumun amaçlarına ne ölçüde hizmet ettiği.

Sağlık hizmeti birçok hizmet gibi, hizmet sunucu ile hizmeti talep eden hasta arasında karşılıklı çıkara dayalı basit bir ilişki gibi tanımlanamaz. Hizmet sunucuların farklı düzeylerde donanımı, bilgisi, alt yapısı gibi faktörlerin olumlu ve olumsuz etkilerinin yanında hizmeti talep eden hastanın çaresizliği ve aradaki ilişkinin büyük derecede bilgi asimetrisi üzerine kurulmuş olması gibi son derece karmaşık bir ilişkiler yumağıdır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin basitçe fiyatlandırılması ve geri ödemesinin yapılması hep tartışma konusu olmuş, sunulan hizmetin verimliliğini ve kalitesini artıracak ödeme yöntemleri araştırıla gelmiştir (Aydın ve diğ, 2007: 11).

2004 Yılından sonra Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamaya konulmuştur. Ancak bu sistemin hizmet kalitesine etkisi yeterince incelenmemiştir. Bu konunun kalite açısından değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu tezin amacı, performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastanelerde sunulan hizmetinin kalitesine olan olumlu ve olumsuz etkilerini çalışanların perspektifiyle ortaya koymaktır.

Giriş bölümünden sonra gelen ikinci bölümde performans değerlendirme, performans değerlendirmenin amacı, önemi ve yararları, performans değerlendirme yöntemleri, performans değerlendirmede karşılaşılan sorunlar, performans

değerlendirme ücret ilişkisi, sağlık hizmetlerinde performans ölçümü, Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ve sağlık hizmetlerinde kalitenin özelliklerine değinilmiştir. Üçüncü bölümde ise araştırmanın gereç ve yöntemine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmanın bulgularına ve tartışmaya yer verilmiştir. Son bölüm olan beşinci bölümde ise sonuçlar ve öneriler yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Performans

Performans bir amacın gerçekleşme derecesidir. Bir işi yapan bireyin, grubun, çalışma biriminin ya da işletmenin o iş aracılığıyla, hedeflere göre nereye ulaşabildiğini gösterir (Argon-Eren.; 2004: 224).

Performans kelimesi, İngilizce “performance” kökünden gelmesine karşılık, Türkçeye “performans” olarak yerleşmiş durumdadır. Türkçe sözlüklerde; beceri, başarı, kapasite, yetenek gibi anlamlara gelmektedir. Terim olarak da kısaca “bir işin yerine getiriliş düzeyi” olarak tanımlanabilir (Ateş ve diğ.; 2007; 2).

Türk Dil ve Tarih Kurumu performansın karşılığı olarak “başarım” sözcüğünü vermektedir. Başarı, sözlük anlamı ile bir şeyin üstesinden gelmek, verilen görevi etkin bir biçimde sürdürmek ve yerine getirmektir. Verilen görevin etkin bir şekilde yerine getirilme derecesi başarının derecesiyle doğru orantılıdır. Kısaca başarı, amacın gerçekleşme oranıdır. Buna göre performans, bir çalışanın belirli bir zaman kesiti içerisinde kendisine verilen görevi yerine getirmek suretiyle elde ettiği sonuçlardır. Bu sonuçlar olumlu ise, personelin görev ve sorumluluklarını başarıyla yerine getirdiği ve yüksek bir performansa sahip olduğu; bu sonuçlar yetersiz ise, çalışanın başarılı olmadığı ve düşük bir performansa sahip olduğu kabul edilir (Çakır; 2008: 6,7).

2.1.1. Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme, bir yöneticinin, önceden saptanmış standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla, iş görenlerin iş performansının değerlendirilmesi sürecini ifade eder (Gürüz ve diğ.; 2004: 210). Başka bir deyişle performans değerlendirme, iş görenin işindeki başarısını, işe karşı tutum ve davranışlarını ve bireysel özelliklerini bütünleyen ve iş görenin organizasyonun başarısına olan katkılarını değerlendiren sistematik bir araçtır (Barutçugil; 2002:179).

Performans değerlendirme, çalışanların başarısını saptamak ve geliştirebilmek için yapılan çalışmaların tümü ya da bir organizasyonda belirli amaçlara göre çalışanların performans düzeyinin saptanmasını içeren çok aşamalı bir süreç olarak

tanımlanmaktadır. Organizasyonel yaşamın beraberinde getirdiği bir zorunluluk ve insan kaynaklarının yönetilmesinde yönetici açısından çok önemli bir araç niteliğinde olan performans değerlendirme, bir başka açıdan ise çalışanların yeteneklerinin işin nitelik ve gereklerine ne ölçüde uyup uymadığını araştıran ya da işteki performans düzeylerini saptamaya çalışan objektif analizler bütünü olarak tanımlanabilir (Fındıkçı; 1999: 297). Başka bir deyişle performans değerlendirme, kurumda görevi ne olursa olsun bireylerin çalışmalarını, etkinliklerini, eksikliklerini, yeterliliklerini, fazlalıklarını, yetersizliklerini kısacası bir bütün olarak tüm yönleri ile gözden geçirilmesidir (Fındıkçı; 2003: 297).

2.1.2. Performans Değerlendirmenin Amacı

Performans değerlendirmenin amacı, iş görenin görevini yapmasıyla elde ettiği çıktının, örgütün amaçlarına göre değerini ortaya çıkarmaktır. Bu işlem sırasında iş görenin kişiliğini zarara uğratmadan performansının nicel ve nitel yönden ölçümünü yapabilmektir. Performans değerlendirmede gerçekleştirilecek amaçlar şunlar olmalıdır (Argon-Eren.; 2004: 224-225).

- a) İşgörene performans düzeyinin ne olduğunu göstermek,
- b) İşgörenin işinde yeterli ve yetersiz olduğu yönlerini tanımasına yardım etmek,
- c) İşgörenin kendisini nasıl geliştirebileceğini görmesini sağlamak,
- d) İşgörenin yaptıklarına ilişkin dönütler sağlayarak güdülemek ve işinde uzmanlaştırmak,
- e) İşgöreni yüksek ya da yan görevler için yetiştirmek,
- f) Performans değerlendirme sonuçlarını işgörene yapılacak ödeme, özendirme, hizmet içi eğitim, rehberlik (kılavuzluk) gibi işlerde kullanmak.

İfade edilen amaçlar etrafında biçimlenen performans değerlendirme sürecinde, değerlendirme konusunun “insan performansı” olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Bu gerçeklik ise, performans değerlendirme uygulamalarında belirli ilkelerin dikkate alınması zorunluluğunu doğurmaktadır. Dolayısıyla,

performans değerlendirme süreci aşağıdaki ilkelere uygun olmalıdır (Argon-Eren; 2004: 225).

- a) Performans değerlendirme, iřęörenin bireysel ve sistemin örgütsel amaçlarını başarmaya doğru yöneltilmelidir.
- b) Performans değerlendirme, iřęörenin örgütsel güvencesini bozmamalıdır.
- c) Performans değerlendirme, iřęöreni ve örgütü bütünleştirici bir süreç içinde yapılmalıdır.
- d) Performans değerlendirme, iřęörenin sorumluluğunu tanımasına yardımcı olmalıdır.
- e) Performans değerlendirmeyi değişen örgüt içi ve dışı değişimlere uyarlamak için performans ölçütleri düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
- f) İş görenin üyesi olduğu grupların performansını etkilediği unutulmamalıdır.
- g) Yönetim, performans değerlendirmeyi iřęörenin ve örgütün gelişme aracı olarak kullanmalıdır (Argon-Eren.; 2004: 225).

2.1.3. Performans Değerlendirmenin Önemi ve Yararları

İşin konusu, çalışanın düzeyi, işletmenin büyüklüğü ne olursa olsun performans değerlendirme gerekli bir uygulamadır. Bu gereklilik insan doğasından gelmektedir. İnsan sosyal bir varlıktır bu nedenle çevresi ile sürekli ve sistemli bir alışveriş içindedir. İnsan bu alışverişte yani diğerleriyle olan ilişkilerinde kendisi ile ilgili bilgi edinmek, onaylanmak hatta cesaretlendirilmek ve övölmek ihtiyacı duyar (Fındıkçı; 2003: 299).

Çalışanın iş başarıları konusunda bilgilendirmeye, geriye dönütler (feedback) almaya ihtiyacı vardır. İnsanın psikolojik ihtiyaçları arasında önemli bir yer tutan bu bilgilenme ihtiyacının karşılanması, kişinin kendisine güvenmesini, çalışmalarında değişiklikler yapmasını ve kendisini geliştirmesini sağlayacaktır (Fındıkçı; 2003: 299).

Performans değerlendirmeye ilişkin bir araştırmada performansı belirli aralıklarla değerlendirilen bir gurup çalışan ile değerlendirilmeyen bir gurup karşılaştırılmıştır. Ulaşılan sonuçlara göre performansı hakkında düzenli bilgi alan gruptaki çalışanların daha yüksek düzeyde başarı gösterdikleri tespit edilmiştir. Çalışanlara alışmaları ile ilgili verilen bilgilerin mutlaka olumlu olması gerekli değildir. Bu bilgiler olumsuz da olabilir. Diğer bir ifade ile kişinin kendi çalışmaları hakkında hiç bilgilendirilmemesi ile yeri geldiğinde olumsuz bile olsa bilgilendirilmesi karşılaştırıldığında bilgilendirilmek hem kişi hem de kurum bakımından daha olumlu sonuçlar vermektedir (Fındıkçı; 2003: 299).

Performans değerlendirme, yöneticilere örgütlerinin ne kadar başarılı olduğunu belirlemelerine ve işletmelerinin geleceği ile ilgili doğru kararlar almalarına yardımcı olmaktadır. Performans değerlendirme, işlemlerin ve çıktıların kontrolünü, değerlendirilmesini ve gelişimini sağlar ve önceden belirlenmiş hedefler ile gerçekleşen sonuçları karşılaştırarak hedeflerden sapmaların boyutunun belirlenmesine yardımcı olur. Performans lm sayesinde, süreçlerde geliştirilebilecek alanlar belirlenebilir, var olan verimsizliklerin nedeni ve maliyeti ortaya konabilir ve karşılaştırma yapılabilecek standartlar oluşturulabilir (Coşkun-Dulkadiroğlu; 2007: 5).

Örgütte iyi işleyen bir performans değerleme sisteminin varlığı, yöneticiler, astlar ve örgüt açısından bir takım faydalar sağlar. Bu faydalar, yöneticiler, astlar ve örgüt açısından aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Argon-Eren; 2004: 226).

Yöneticiler Açısından Faydaları

- a) Planlama ve kontrol işlevlerinde daha fazla etkili olma yoluyla astların ve birimlerin performansını geliştirme,
- b) Astlarla iletişim ve ilişkilerin daha olumlu hale gelmesi,
- c) Astların güçlü ve gelişmesi gereken yönlerini daha kolay belirlenmesi ve bu doğrultuda onlara yardımcı olunması,
- d) Astların değerlendirilmesi sürecinde, yöneticilerin kendi güçlü ve güçsüz yönlerini de tanımaları,

- e) Astların daha yakından tanınması, böylece yetki devrinin kolaylaşması,
- f) Yönetmel becerilerin geliştirilmesi,

Astlar Açısından Faydaları

- a) Üstlerin kendilerinden neler beklediğini ve performanslarının nasıl değerlendirildiğini öğrenirler,
- b) Güçlü ve geliştirilmesi gereken özelliklerini tanırlar,
- c) Örgütteki rol ve sorumluluklarını daha iyi anlarlar,
- d) Performanslarına ilişkin olarak elde ettikleri olumlu geri bildirim yoluyla iş tatmini ve kendilerine güven duyguları gelişir.

Örgüt Açısından Faydaları

- a) Örgütün etkinliği ve verimliliği artar,
- b) Hizmet ve üretim kapasitesi gelişir,
- c) Personelin eğitim ihtiyacı ve eğitim bütçesi daha kolay ve doğru biçimde belirlenir,
- d) İnsan kaynaklarının planlaması için gerekli bilgiler daha güvenilir biçimde elde edilir,
- e) Bireylerin gelişme potansiyelleri daha doğru bir şekilde belirlenir,
- f) Devamsızlık, iş gücü devri vb. nedenlerle ortaya çıkan kısa dönemli beşeri ihtiyaçların giderilmesinde esneklik sağlanır (Argon-Eren; 2004: 226).

2.1.4. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Çalışanların performans düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş birçok yaklaşım ve yöntem bulunmaktadır. Örgütler, bu yaklaşım ve yöntemler arasından yapılarına, işin ve çalışanların niteliklerine, amaçlarına uygun ve konuya verdikleri

önem derecesine göre seçim yaparak ve bazen de birkaçını birlikte kullanarak performans değerlendirme sürecini yerine getirirler (Barutçugil; 2002: 187).

Performans değerlendirme yöntemleri içinden, hangi yöntem seçilirse seçilsin başarının sağlanması için en önemli faktör performans kriterlerinin yani kişilerin nelere göre değerlendirileceğinin doğru seçilmesidir. Değerlendirmede maddi kriterler kullanıldığı sürece, kriterlerden kaynaklanan sorunlar en aza iner. Ancak yaratıcılık, stratejik düşünme yeteneği, ekip çalışmasına yatkınlık gibi nitelikleri ölçmek çok daha zordur. Bu tarz yeteneklerin ve yetkinliklerin ölçülmesinde sübjektif davranılması ise, işletmeye yarar değil zarar getirir. Ayrıca yöntemin uygulanmasındaki sıklık da önem taşıyabilir. Örneğin, performansı kolayca gözlemlenebilen iş çıktısına sahip olan çalışanlar daha sık değerlendirilmelidirler. İyi ve açıkça belirlenmiş görevlere sahip olan, yöneticilere göre daha düşük ücretli elemanların performans değerlendirilmesi daha kolay olmaktadır, buna bağlı olarak da daha sık yapılabilmesi imkanı vardır.

Kriterler yanında, performans standartlarının da doğru bir şekilde belirlenmesi yöntemlerin başarısı için önemlidir. Standartlar yani çalışanlardan beklenen, doğru bir şekilde belirlenmeli ve yönetim tarafından personele iletilmelidir. Ayrıca standartların devamlı gözden geçirilmesi, esnek ve etkin yöntemlerin devamlılığının sürdürülmesini sağlayacaktır (Kurt; 2006: 62,63).

Performans değerlendirme sürecinde benimsenecek yöntemin örgütün ya da örgütteki birimlerin koşullarına uygun olması önem taşıyan bir husustur. Evrensel anlamda, her durum için uygulanabilecek bir performans değerlendirme yönteminden bahsedilemeyeceği için, her örgüt kendi ihtiyaç ve şartlarına göre bir yöntemde oluşturabilir. Gerek mevcut bir yöntemin uygulamasında, gerekse örgüt koşullarına ve ihtiyaçlarına uygun bir yöntem geliştirilmesinde, aşağıda belirtilen sorulara ne oranda cevap verilebildiği dikkate alınmalıdır (Argon-Eren; 2004: 226).

a) Performans değerlendirme yöntemi, örgütsel değerler ve amaçları kapsamakta mıdır?

b) Performans değerlendirme yöntemi, nitel ve/veya nicel standartlara uygun mudur?

c) Performans değerlendirme yöntemi, öncelikle performansın analiz edilmesi için mi, yoksa ücret belirleme, disiplin uygulamaları veya işten çıkarma vb. amaçlar için mi kullanılmaktadır?

d) Performans standartları, yöneticiler ve personel açısından kabul edilebilir bir düzeyde midir?

e) Performans değerlendirme yöntemi kolayca uygulanabilir mi?

f) Performans değerlendirme yöntemi güvenilir (birim veya örgüt açısından zamana göre tutarlılığı) ve geçerli midir (ölçmeyi amaçladığı şeyi gerçekten ölçebilme).

g) Performans değerlendirme yöntemi, istenen davranışları güdüleyebilme özelliğine sahip midir?

Performans değerlendirme amacıyla benimsenecek olan yöntem, yukarıda ifade edilen sorulara istenen cevapları verebilmekteyse, örgüt ve/veya birim için uygun bir yöntem seçilmiş olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, performans değerlendirme sadece bir teknik değil, insanların veriler temelinde diyalog içine girmesini gerektiren bir süreçtir. Dolayısıyla, personel politikasının önemli bir bölümünü oluşturan performans değerlendirme uygulaması, iş görenlerin yakından tanınmasına, onların yeteneklerinden en iyi şekilde yararlanmasına neden olacaktır. Ancak, böyle bir sonuca ulaşmak, seçilen yöntemin uygunluğu kadar, büyük bir özenle uygulanmasına da bağlıdır. Performans değerlendirme kullanılan pek çok yöntem mevcuttur. Bu yöntemlerden bazıları aşağıda özetlenmiştir. (Argon-Eren; 2004: 226).

2.1.4.1. Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım

Çalışanların birbirleriyle karşılaştırmalarına dayandırılarak yapılan performans değerlendirme yaklaşımının adıdır. Bu amaçla en çok sıralama ve zorunlu dağılım yöntemi kullanılmaktadır.

a) Sıralama Yöntemi

Bu yöntemde üstler astlarını başarılarına göre sıralar ve uygulama sıralama yöntemine göre değişir. Çalışanlar en iyiden en kötüye gidecek şekilde bir sıralamaya tabi tutularak, her çalışan bir bütün olarak ele alınıp değerlendirilmekte ve diğer çalışanlarla bir bütün olarak karşılaştırılarak en iyiden en kötüye doğru çalışanlar sıralanmaktadır. Bu yöntemde, bir çalışan diğer çalışanlara kıyasla daha iyi çalışıyor ve performans gösteriyorsa, sıralamanın başında yer alır, aksi takdirde sıralamanın sonunda yer alır (Çakır; 2008: 31).

Bu yöntemde sıralama şekli basit sıralama ve ikili karşılaştırma şeklinde yapılmaktadır. Basit sıralama olarak adlandırılan yöntemde değerlendirici, astlarını en başarılıdan en başarısız doğru sıralar. Bazen grubu içinde iyi, kötü, orta gibi alt gruplara bölerek, bunlar içinde sıralamayı yapmak kolaylık sağlamaktadır. Basit sıralamaya nazaran daha sağlıklı bir değerlendirme ile sonuçlanan ikili karşılaştırma yönteminde ise, her bir kişi diğeri ile tek tek karşılaştırılır. Bazen bu teknikte kişilerin adları yazılı olan kartları kullanmak kolaylık yaratabilir. Önceden belirlenen çiftlerin birbirleri ile karşılaştırılması sonucunda başarılı olan kişinin yanına konan işaretler toplanır ve en çok işareti olandan en az olana doğru sıralama yapılır (Çakır; 2008: 31).

Bu yöntemin en büyük zorluğu, sıralamayı yaparken sıralanacak çok fazla sayıda kişi olduğunda değerlendiricinin hata yapabilmesidir. Sıralama yöntemi ile çalışanların birbirlerinden ne ölçüde farklılaştıkları saptanamaz. Çalışanların performans sıralaması, işletmenin koyduğu standartlara, çalışanların ne ölçüde yaklaştığını göstermez. Ayrıca, değerlendiricilerin çalışanları birbirleriyle kıyas yaparak karşılaştırmaları gerekeceğinden, değerlendirme süreci çalışanlar tarafından adil algılanmayabilir ve çalışanların motivasyonlarını düşürebilir (Teoman; 2007: 15,16).

b) Zorunlu Dağılım Yöntemi

Bu yöntemde, ilk olarak performansı değerlendirecek kategoriler belirlenir. Bu kategoriler genellikle beşli bir sınıflandırma şeklinde yapılır. Kategorilerin isimlendirilmesi duruma ve ölçülen özelliğe göre değişebilir. Ancak mutlaka

ortalama durumu ifade eden bir kategori bulunur. Değerlendirilenlerin sayılarına göre, kategorilere giren kişi sayısı değişir (Teoman; 2007: 15,16).

Bu yöntemde üstler, astlarının performans düzeyinin birbirine yakın olduğunu, aralarında belirgin farklar olmadığını düşünürler. Bu yöntem, işgörenlerin performans düzeylerinin normal dağılım eğrisine uygun bir dağılım göstermesi gerektiği varsayımından hareketle, değerlendiricilerin çalışanları çok düşük (%10), düşük (%20), orta (%40), yüksek (%20), çok yüksek (%10) şeklinde sınıflandırması esasına dayanır (Çakır; 2008: 32). Örneğin değerlendirilen çalışanların 100 kişi olduğu varsayıldığında, çalışanların performans düzeylerini değerlendiren üst, yaklaşık 40 çalışanını orta düzeye, 20 çalışanını yüksek düzeye, 20 çalışanı düşük düzeye, 10 çalışanı en yüksek düzeye ve 10 çalışanını da en düşük performans düzeyine yerleştirmek durumundadır (Yege; 2007: 12).

Bu yöntemde, değerlendirici tüm çalışanlarının performansları birbirine yakın olsa dahi mutlaka bu dağılıma uymak zorunda kalacaktır. Bu yöntemde, çalışanların performans değerlendirme puanlarının yüksek veya belirli noktalarında yoğunlaşmayı önlemek için geliştirilmiştir (Teoman; 2007: 16).

Diğer bir anlatımla, tüm çalışanların performansı, yeterli görülse bile birbirlerine göre kıyaslamalar yapılarak içlerinden bazılarının performansı, ortalamanın üstü veya yetersiz olarak sınıflandırılacaktır. Dolayısıyla zorunlu dağıtım yönteminin performansları birbirine çok yakın gruplarda uygulanmasının sakıncaları olabilir. Yöntem, çalışanlar arasında rekabete ve dolayısıyla düşmanlığa yol açabilir (Teoman; 2007: 16).

Ayrıca, en başarısız olarak değerlendirilen grup üyesinin performansı dahi, işletme standartlarının üzerinde olabilir. Bu durumda, bu tür bir değerlendirme, gruba göre başarısız olarak değerlendirilen grup üyelerinin moralini bozup, motivasyonları üzerinde olumsuz etkiye yol açabilecektir. Ayrıca, başarı sıralamasına konmuş astların aralarındaki farklar çok belirgin olmadığından dolayı, maaş ve ücret artışları adil olmayabilir (Teoman; 2007: 16).

2.1.4.2. Ortak Performans Kriterine Dayalı Yaklaşım

Bu yaklaşım, her çalışanın performansını; diğer çalışandan bağımsız olarak, kendi iş tanımları ve yapmakla yükümlü oldukları; görevler ve sorumluluklar bağlamında değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda, ortak performans kriterleri ve standartlarının kullanımına dayalı yaklaşımın; birden çok değerlendirme kriterinin kullanılmasını ve bu kriterler aracılığıyla da önceden belirlenen standartlara ulaşılma düzeyine göre, tüm çalışanların veya belirli iş gruplarının kendi iş tanımları çerçevesinde, performanslarının ölçülmesini hedefleyen yöntemleri kapsadığı anlaşılmaktadır (Yalçın; 2006: 79).

a) Geleneksel Değerlendirme Skalaları

Grafik değerlendirme skalaları olarak adlandırılan geleneksel değerlendirme skalaları işletme organizasyonlarında en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Geleneksel değerlendirme skalası yöntemi çok yaygın bir şekilde uygulanmasına rağmen, geçerlilik ve güvenilirliği düşük olan ve değerlendiricilerin çeşitli değerlendirme hataları yapmasına neden olan bir performans değerlendirme yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ancak kolaylıkla düzenlenebilmesi, sonuçların puanlarla ifade edilip, çeşitli personel kararlarında rahatlıkla uygulanabilmesi, yöntemin kullanım alanının genişliğini göstermektedir (Ferecov; 2001: 5).

Geleneksel değerlendirme skalaları içinde yer alan yöntemlerde, çalışanın performansı, değerlendirme faktörleri olarak adlandırılan çeşitli kriterlerin oluşturduğu bir skala ile ölçülür. Değerlendirme faktörleri, kişilik özellikleri, işe ilişkin davranışlar ve işin sonuçlarını ölçen faktörlerdir. Kişilik özelliklerini ölçmeye yarayan faktörlerin soyut ve gözlemlemeye müsait olmayışı değerlendiricilerin bazı değerlendirme hataları yapmasına neden olacağından, davranışları ve sonuçları değerlendirmeye yönelik faktörlere ağırlık verilmesi önerilmektedir (Gözütok; 2006: 53).

b) Grafik Değerlendirme Skalaları

Grafik değerlendirme skalaları, performans değerlendirme yöntemlerinden en eski ve en çok kullanılanıdır. Bu yöntem, çalışanları, işletmedeki diğer çalışanlarla işbirliği, işletmeye bağlılığı ve yaptıkları işin kalitesine göre değerlendirir. Kısaca çalışanın kişisel özellikleri ön plandadır. Bu değerlendirme yönteminin çoğu işletmede yaygın olarak kullanılması, değerlendirme süresinin az zaman alması, kolay öğrenilmesi ve tamamlanmasından kaynaklanmaktadır. Değerlendirme faktörlerinin gözlemlenebilir, yapılan işi yansıtan, anlaşılır ve somut olması çok önemlidir. Grafik değerlendirme formundaki her maddede, değerlendirici, çalışanı düşük ile yüksek dereceleri arasında değerlendirir. Değerlendirme skalasındaki aralıkların sayısı çok önemlidir. Sayı yükseldikçe güvenilirlik düşmektedir, bu sebeple aralıkların beşten fazla olmaması önerilmektedir (Gözütok; 2006: 53).

c) Grafik Olmayan Değerlendirme Skalaları

Grafik olmayan değerlendirme skalası, grafik değerlendirmeden daha geçerli bir değerlendirme yöntemidir, çünkü kullanılan formdaki skalada düşük ve yüksek dereceleri arasında bir değerlendirme yapmak yerine, her soru için detaylı açıklamalar bulunmaktadır. Değerlendirmede yönetici, çalışanın belirli bir özelliği ile ilgili davranışını daha hatasız ölçebilmektedir çünkü o maddede yapılacak açıklama değerlendirme skalasındaki tüm seviyelerine de açıklayıcı olur. Bu yöntemde, yönetici, çalışanın herhangi bir niteliğini değerlendirirken çok değişken noktalara dikkat ederek karar verebilir. Bu sebeplerden dolayı grafik olmayan değerlendirme yöntemi daha işle alakalı ve çalışanın davranışına özel olduğu için daha detaylı bir değerlendirme türüdür. Ayrıca değerlendirme formundaki maddelerdeki skalalar standart olarak düşükten yükseğe gitmediği ve karışık olduğundan dolayı değerlendiricinin daha dikkatli değerlendirme yapmasını sağlamaktadır. Kısaca bu yöntem grafik değerlendirme yönteminde yapılan hataları azaltmak için geliştirilmiştir. Bazı yöneticiler tüm personeli bir arada değerlendirebilmek için bu yöntemi kullanırlar. Bu yöntemle değerlendirmeye katılan herkes (departman ya da tüm firma genelinde), bir ya da birden fazla performans kriteri için birbirlerine oranlanarak değerlendirilirler. Bu değerlendirme sonucunda genellikle “en yüksek”

ve “en düşük” performansa sahip adaylar belirlenir; bu kişilerin sahip oldukları değerler, performans değerlerinin oluşturduğu listenin en başına ve en sonuna yerleştirilir. Bu değerleri, ikinci en yüksek ve ikinci en düşük değerler takip eder. Tüm adaylar listede yerini alıncaya kadar bu işleme devam edilir. Grafik olmayan değerlendirme yönteminin bazı olumsuzlukları vardır. Birincisi, listenin en ortasındaki değer, diğerlerinden çok farklı olmayabilir. Bir diğer problem ise, değerlendirme yapılan grubun büyüklüğüdür. Çok kalabalık grupların değerlendirme sonuçları, daha küçük gruplar kadar sağlıklı olmayabilir (Gözütok; 2006: 53).

d) Davranışsal Değerlendirme Skalaları

Davranışsal Değerlendirme Skalaları geleneksel değerlendirme skalalarının uygulanma esnasında yaşanan sorunları ortadan kaldırmak için geliştirilmiştir. Davranışsal değerlendirme skalalarının “davranışsal beklenti skalaları” ve “davranışsal gözlem skalaları” olmak üzere iki türü bulunur.

Davranışsal Beklenti Skalaları

Smith ve Kendall tarafından 1963 yılında geliştirilen bu yöntem aynı zamanda Davranışsal Temellere Dayalı Değerlendirme Skalası (Behaviorally Anchored Rating Scales) olarak da adlandırılır. Bu yöntemde de kişinin performansı çeşitli ölçütlere göre değerlendirilmeye çalışılır. Ancak kişileri çeşitli kişilik özelliklerine sahip olup olmadıklarına göre değil, belirlenmiş iş gerekliliklerini yerine getirecek davranışları ne oranda sergileyebildiklerine göre değerlendirmektedir. Davranışsal Değerlendirme Skalalarının geleneksel değerlendirme skalalarından üstün olduğunu ileri süren görüşler olsa da bu yöntemin geçerlilik ve güvenilirliğini bilimsel olarak kanıtlayan çalışmalar bulunmamaktadır. Ayrıca her iş ve iş grubu için ayrı ayrı skalaların geliştirilmesi gerektiğinden zaman alıcı ve maliyetli bir yöntemdir (Erdoğan; 2006: 19-21).

Davranışsal Gözlem Skalaları

Davranışsal Gözlem Skalaları, Davranışsal Beklenti Skalalarının sorun yaratan yönlerini ortadan kaldırmak amacıyla geliştirilmiş yöntemlerdir. Davranışsal Beklenti Skalalarında kişiden çeşitli performans boyutlarında beklenen kritik olayları içeren alternatif davranışlar belirlenmekte ve bu davranışlar skalada değerlendirilmektedir. Bu yöntemin Davranışsal Beklenti Skalalarından farkı astların kendilerinden beklenen davranışlara göre değil, somut gözlemlenen davranışlara dayalı olarak değerlendirilmeleridir. Bu nedenle, bu yöntemde sonuçların astlara açıklanması, onların kendilerine ilişkin geribildirim sağlanması kolaydır ve bu nedenle astlar tarafından diğer yöntemlere oranla daha kolay benimsenmektedir. (Erdoğan; 2006: 19-21).

e) Kritik Olay Değerlendirmesi

Yöneticinin çalışanını iş yaparken gözlemesine ve çalışanın elde ettiği iş performansına ilişkin verileri yazılı olarak kaydetmesine dayalı bir yöntemdir. (Gürüz-Yaylacı; 2004: 226). Kritik olay yöntemine bir performans değerlendirme sistemi geliştirirken, öncelikle çeşitli iş durumları için performans kriterleri belirlemek gereklidir. Astlarını gözlemleyen amirleri, kritik olayları kaydetme konusunda bu kriterler daha doğru yönlendirecektir. Günümüzde uygulama alanı pek geniş olmayan bu yöntemin çeşitli sakıncaları vardır (Demirtaş; 2007: 122,123). Bu yöntemin en büyük sakıncası, yöneticiye sürekli olarak ve güncel biçimde kaydetme kaygısı yaşatmasıdır. Bu yöntem; kaydedilen bilgilerin algı farklılıkları nedeniyle farklı biçimlerde yorumlanabilmesi nedeniyle standart ve objektif bir yöntem olmadığı gerekçesiyle eleştirilmektedir (Gürüz-Yaylacı; 2004: 226).

Ayrıca, kritik olayların kişilerin performanslarında ne oranda etkili olduğu belirlenemediğinden, kişiler arası performans farklılıklarını ortaya koymak da bu yöntemde kolay değildir (Demirtaş; 2007: 123).

2.1.4.3. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım

Ortak performans kriter ve standartlarına dayalı yaklaşımın içerdiği yöntemlerde, çalışanlar önceden belirlenen ortak standartlara göre değerlendirilmekteydiler. Bu yöntemde ise, kişiler gerçekleştirdikleri hedeflere, yarattıkları sonuç ve çıktılara göre oluşturulan bireysel standartlara göre değerlendirilmektedirler. Bu yaklaşımda, kişilerin gerçekleştirdikleri hedeflere, sağladıkları sonuç ve çıktılara göre oluşturulan bireysel standartlarla değerlendirilmeleri amaçlanmaktadır. Bu yaklaşımla, iş görenlerin çeşitli özellik, ilgi alanı, yönelim ve içinde bulundukları şartlara göre belirlenmiş bireysel standartlar çerçevesinde değerlendirildiği yöntemleri kapsamakta olup, bu yöntemlerin başında hedeflere göre yönetim gelmektedir. Bu yaklaşımın içerdiği üç temel yöntem bulunmaktadır (Erdoğan; 2006: 22).

a) Amaçlara Göre Yönetim

Amaçlara göre yönetim, bir yönetim yaklaşımı olmasının yanı sıra, sonuçlara dayalı performans değerlendirme yaklaşımının en tipik örneğidir. Bu yöntem, modern performans değerlendirme yöntemleri arasında yer almaktadır. Performans yönetimi içinde amaçlara göre yönetimin rolü oldukça önemlidir. Performansın planlanması aşamasında amaç belirleme sürecinin sisteme katkısı son derece büyüktür (Ağguş; 2007: 88-89).

Performans yönetiminde organizasyon, yöneticiler ve astların farklı amaç ve beklentilere sahip olması ve bu amaçların zaman içerisinde birbirleri ile çelişmesi sonucunda doğru değerlendirme yönteminin seçilmesi son derece güçtür. Örneğin, sıralama ve klasik değerlendirme skalaları işletmenin amaçlarına daha etkili bir biçimde yardımcı olurken, amaçlara göre yönetim ya da bireysel performans standartlarına dayalı yöntemler iş görenlerin ve yöneticilerin amaç ve beklentilerine daha uygundur (Ağguş; 2007: 88-89).

b) Çalışma Standartları Yaklaşımı

Yönetici olmayan ve üretim süreçlerinde çalışanlar için uygun amaçlarla yönetim uygulamasıdır. Yöntem, bir standardın oluşturulmasını veya tahmin edilen bir üretim düzeyinin belirlenmesini ve her iş görenin bu standartlarla karşılaştırılmasını ifade etmektedir. Çalışma standartları yaklaşımının üstünlüğü, performans değerlendirmenin ileri düzeyde objektif kriterlere dayanmasıdır (Ağguş; 2007: 88-89).

c) Doğrudan Endeks Yöntemi

Bu yöntemde, performans standartları yönetici tarafından ya tek başına ya da işgörenle birlikte belirlenmektedir. İşin gerektirdiği çıktıya göre genel nitelikte ve nesnel kriterlere dayanmaktadır. Bu kriterlere göre belirlenen amaçlara ulaşmadaki performans düzeyleri puanlarla belirlenmiş olduğundan, bu sayısal değerlerin toplamı genel performansın sayısal endeksini verecektir (Ağguş; 2007: 88-89).

d) Derecelendirme ve Puanlama Yöntemi

Derecelendirme yöntemi, belirli bir dönem sonunda çalışanın; is bilgisi, başarısı, beşeri ilişkileri, sorumluluk alması, karar vermesi, liderlik gücü ve işin kalitesi gibi kriterlerle değerlendirilmesini kapsayan bir süreçtir. Güvenilir sonuçlara ulaşılabilmesi için, değerlendirici değerlemeyi yaptıktan sonra, başka bir uzman veya yönetici tarafından, bu değerlendirmenin tekrar değerlendirilerek onaylanması gerekmektedir.

Derecelendirme yöntemi: açık ve net sonuçları ortaya koyması, tutarlı veriler sunması, yapılma maliyetinin düşük ve basit olması nedeniyle işletmeler tarafından sıkça başvurulmuş bir yöntemdir. Ama bu yöntemde; seçenekler arası ayrımlar yeterince belli edilmezse ve seçeneklerin tanımlamaları yapılmazsa hatalı sonuçlar elde edilebilir. Derecelendirme yönteminde kriterler; çok yetersiz, yetersiz, orta, iyi, çok iyi gibi beş dereceye ayrılmaktadır (Yalçın; 2006: 73). Derecelendirme ve puanlama yöntemiyle ilgili örnek form Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Derecelendirme ve Puanlama Yöntemi

İş Görenin Adı Soyadı:			Toplam Puan:		
Bölümü:			İlk Amiri		
Değerlendirmeyi Yapan:			Değerlendirme Tarihi		
İşin Kısa Tanımı					
Başarı Ölçütleri	Çok Yetersiz (1)	Yetersiz (2)	Normal (3)	Yeterli (4)	Çok Yeterli (5)
İş Bilgisi: Sahip olduğu teorik ve pratik bilgilerin yeterliliği					
Karar Verme: Kararların zamanında ve Etkin verilmesi					
Planlama ve Örgütlenme: Kendi işini planlaması ve düzenlemesi					
Kaynak Kullanımı: İşgücü ve araçların doğru kullanımı					
Liderlik: İnsiyatif kullanma, öncü olma					
Sözel İletişim: İkna edici olma kendisini dinletebilme					
Yazılı İletişim: Açık ve anlaşılır yazı yazma					
Mesleki Özellikler: Giyim, tutum, işbirliği anlayışı					
İnsan İlişkileri: Çevresiyle uyum ve saygılı davranış					

Kaynak: (Yalçın; 2006: 73)

Derecelendirme ve puanlama yönteminde değerlendirici çalışanın o kriter için en uygun derecesini seçmekte ve elde edilen derecelerin ortalaması alınarak çalışanın değerlendirilmesi gerçekleştirilmektedir (Yalçın; 2006: 73).

Derecelendirme yönteminin en belirgin avantajı uygulama kolaylığıdır. Ölçütler belirlendikten sonra derecelendirmek (3'lü, 5'li vb.) ve istatistiksel işlem yapmak oldukça kolaydır. Örneğin, tablodaki çok yetersizden çok yeterliye kadar uzanan derecelendirmeler 1'den (çok yersiz) 5'e (çok yeterli) kadar puanlamak suretiyle, işgörenin başarı ölçütlerinin sayısal olarak ifade edilmesine de olanak sağlar. Diğer taraftan yöntemin en büyük dezavantajı ise, elde edilen sonuçların içerdiği özelliğin gözden kaçırılmasıdır. Bir işgörenin iş bilgisinin, çok yetersiz ya da yetersiz olarak değerlendirilmesi, ifade ettiği kesinlik bakımından tartışmaya açıktır (Argon-Eren; 2004: 232,233).

2.1.5. Performans Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar

Performans değerlendirme kişilerin iş başarılarına ilişkin verilerin değerlendirilmesini gerektirir. İnsana yönelik değerlendirmelerin de her zaman beraberinde yanılğı payları taşıdıkları bilinmektedir. Dolayısıyla performans değerlendirme sürecinde karşılaşılan çeşitli sorunlar vardır. Bu sorunların öncelikle bilinmesi ve etkilerinin en aza indirgenmesi gerekir (Fındıkçı; 2003: 301).

a) Objektif Olamama: Performans değerlendirme en sık karşılaşılan sorunların başında gelir. Çünkü söz konusu olan insan ve onun davranışlarına yönelik değerlendirmelerdir. Bunu da yine bir insan yaptığına göre yani hem değerlendirmeyi yapan hem de değerlendirilenin insan olmasından kaynaklanan sübjektifliklerin olması doğaldır. Performans değerlendirmenin başlıca hedefi, iş hedeflerinin ne oranda gerçekleştiğinin belirlenmesidir. Ancak iş hedefini gerçekleştirme sürecinde kişilerin davranışları, kişilik özellikleri kısacası kişisel yönleri de işin içine girebilir. Dolayısıyla kişinin işe yönelik davranışları ve hedeflerini gerçekleştirme düzeyi ile kişiye doğrudan veya dolaylı bireysel görüşler, önyargılar, kanılar karışabilir. Sonuçta objektif bir değerlendirme zedelenmiş olabilir. Bu sorunun çözümlenebilmesi için değerlendirme sürecinin sübjektif etkenlerden, önyargılardan arındırılması ve kişinin işe yönelik davranışlarının ölçülmesine ve daha da önemlisi ölçülebilir kriterlerin belirlenmesine dikkat edilmelidir (Fındıkçı; 2003: 302).

b) Tek Yönlü Ölçüm: Performans değerlendirmenin önemli sakıncalarından biridir. Burada değerlendirmesi yapılan kişinin sadece bir yönden örneğin üstlerin görüşü bakımından değerlendirilmesi söz konusudur. Veya sadece eş düzeylilerin ya da sadece müşteri görüşlerinin kullanılması performans belirlemede tek yönlülüğü oluşturur. Bu durumda ulaşılan sonuçların yanlış olmasına neden olabilir. Performans değerlendirme amaç kişiyi bütün olarak ve tüm yönleri ile değerlendirecek şekilde çok yönlü bir bakış açısı sağlayabilmektedir (Fındıkçı; 2003: 302).

c) Taraflı Ölçüm: Değerlendirmenin taraflı yapılmasıdır. Örneğin yöneticinin, değerlendirdiği astını sevmesi ya da sevmemesi veya kendine yakınlığına göre davranarak bunu değerlendirmeye yansıtması taraflı ölçüm olur. Maalesef çoğu yöneticinin performans değerlendirmede sıkça düştüğü bu yanılğı ve sonucunda yapılan taraflı performans değerlendirmesi, çalışanlar tarafından hoş karşılanmadığı gibi sisteme olan güvenin de sarsılması sonucunu doğurabilir. Yöneticilerin veya performans değerlendirme yapacak kişilerin her şeyden önce yanlı olmamaya özen göstermesi gereklidir. Aksi halde performans değerlendirme yapmaya gerek yoktur. Yönetici çalışanlarına olan sevgisine göre ya da kendisine yakınlığına göre bir sıralama yapabilir. Ama bu hiçbir zaman çalışanın gerçek iş başarısı hakkında geçerli bir fikir vermez (Fındıkçı; 2003: 303).

d) Standart Ölçüm: İnsana yönelik ölçümlerin çoğunda karşılaşılabilecek bir sorundur. Genelde insana yönelik ölçümlerde kişiyi, ne kadar farklı olursa olsun ortalama veriler çerçevesinde düşünmek, onu ortalamaya yakın görmek yani standart davranmak hatalı sonuç vermektedir. Standart ölçüm, genellikle performans değerlendirmeye çok fazla önem verilmeyen ve bir uygulama olarak yapılması halinde kişilerin bireysel ayrıcalıklarıyla uğraşmayıp herkesi ortalama veya vasat ölçülerde görme eğiliminden kaynaklanır. Son derece sakıncalı sonuçlar doğurur. Çünkü performans değerlendirmenin önemli bir amacı da kişilerin arasındaki iş başarısına yönelik farklılıklarını belirleyebilmektir (Fındıkçı; 2003: 303).

e) Araç Hatası: Performans değerlendirmede çoğu zaman etkili olmaz diye düşünülen ancak genellikle çok etkili olabilen hata türüdür. Performans değerlendirmeye yönelik araçlar çok çeşitlidir. Kimi kurumlarda bu standart, somut sayılabilen ölçüm sonuçlarıdır. Örneğin banttaki işçinin üretim miktarı bellidir.

Ancak bazı durumlarda işin bu somuta indirgenmesi zor, hatta imkansız olabilir. Daha çok soyut işlerle uğraşan kişilerin performans değerlendirmeleri gibi. Örneğin denetim, insan kaynakları, bilgi işlem ve benzeri bölüm elemanlarının performans değerlendirmelerini somut verilere dayandırmak zordur. Bu durumda geliştirilen performans değerlendirme formları çeşitli sorular içerir. Bu soru ya da ifadelerle göre kişinin performansı değerlendirilmeye çalışılır. Bu kullanılan ölçüm aracı hatalı oluşturulmuş veya ifadeler, puanlama, sonuç değerlendirme gibi kısımlarda mantık hataları var ise performans değerlendirme sonucu hatalı olacaktır. Araç hatasının önlenmesi için performans değerlendirme için kullanılan formun, gerçek kullanımdan önce pilot uygulama, ifade hatalarından puanlamaya ve sonuçların yorumlanmasına kadar pek çok hatayı önceden görüp gidermeyi sağlamaktadır (Fındıkçı; 2003: 303).

f) Baskın Özellik: Performans değerlendirmede özellikle yöneticilerin çok sık düştükleri bir hatadır. Baskın özellik, yöneticinin, çalışanın bir alandaki veya konudaki çok gelişmiş özelliğinin etkisinde kalarak bunu kişinin bütün özelliklerine genellemesidir. Bir anlamda çalışanın çok iyi olduğu bir yönünün etkisinde kalarak tüm performansının çok iyi olduğu yanılgısı burada söz konusudur. Hale etkisi olarak da bilinen bu hatanın performans değerlendirmede etkili olmasını önlemek için kişinin bir bütün olarak ele alınması ve tüm yönleri ile değerlendirilmesi gereklidir. Baskın özellik hatasının tam tersi yönde de işlenebileceği unutulmamalıdır. Yani tüm yönleri oldukça gelişmiş ideale yakın bir çalışanın tek bir yönünün yeterince gelişmemiş olması da kişinin performansı düşük şeklinde değerlendirmesine yol açabilir (Fındıkçı; 2003: 304).

2.1.6. Performans Değerlendirme Ücret İlişkisi

Ücret çalışanın işini yapmasının karşılığı olarak elde ettiği hem içsel hem de dışsal ödülleri ifade eder. İçsel ödüller işgörenin işini yapmalarından dolayı ortaya çıkan kritik psikolojik durumlarını yansıtır. Dışsal ödüller ise işgörenin işini yapması karşılığında elde edeceği hem parasal hem de parasal olmayan ödülleri kapsar (Timur; 2005: 11).

İşgörenin örgütte en üst düzeyde katkı verebilmesi ve elinden gelenin en iyisini yapma yönünde ücretin önemli rolü vardır. Ücret bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir araç olması yanında toplumsal saygınlık ve statü ölçütü olarak da işlev görmektedir (Timur; 2005: 11).

Performans değerlendirme ücret ilişkisini açıklamadan önce genel olarak ücret sistemlerini açıklamakta fayda vardır.

Ücretlendirme sistemi, bir örgütte kişilere yapılan ödeme kararlarında kullanılan kural ve mantık setidir. Kanunlar, iç eşitlik, rekabet edebilirlik, ödül stratejileri ve ücret yönetimi göz önünde bulundurularak geliştirilir. Ödeme biçiminin düzenlenmesi ücret sistemi kapsamında ele alınmaktadır (Ergin; 2009: 25). Aşağıda çeşitli ücretlendirme yöntemlerine yer verilmiştir.

a) Doğrudan İşgücü Piyasasına Dayalı Ücret Sistemleri

Belirli bir piyasadaki örgütlerin ücret, politika, sistem ve uygulamaları ile temel işlere ait ücret düzeylerine ilişkin sistemli bir inceleme ve veri toplama süreci olan piyasa ücret araştırması ile elde edilen veriler ücretlendirmede kullanılabilir. İşlerin işgücü piyasasındaki oranlarına dayanılarak ücretlendirilmesi ilk bakışta çoğu kişi için, bu ücretlendirme yöntemi karmaşık metodoloji gerektirmeyecek, idari yük artırmayacak ve karmaşa üretmeyecek gibi görüldüğünden kolay ve cazip gelmektedir (Benligiray; 2003: 31).

İşletmedeki tüm işler piyasadaki işlerle bire bir karşılaştırılabilirliğinde bu yaklaşımın kullanılması mümkündür. Ayrıca bu tip ücretlendirme sisteminin yeni kurulan işletmelerde, araştırma ve geliştirme birimlerinde ve satış organizasyonlarında kullanılması uygun olabilir. Birbirinden farklı ve çok sayıda işin bulunduğu büyük işletmelerin sadece karşılaştırılabilir işler için piyasaya dayalı ücretlendirme yapmaları mümkündür. Karşılaştırılamayan işler için iş değerlemesi yapmaları gerekir (Benligiray; 2003: 32).

b) İşe Dayalı Ücret Sistemleri

İşe dayalı ücret sistemleri; işte geçirilen zamana dayalı ücret sistemi ve üretilen iş miktarına dayalı ücret sistemi olmak üzere ikiye ayrılır.

İşte Geçirilen Zamana Dayalı Ücret Sistemi: Bu sistemde ücret ölçüsü zamandır; yapılan işin miktarı ve kalitesi dikkate alınmaksızın işgörenin işte geçirdiği zaman karşılığında önceden belirlenen sabit bir ücret ödenir.

Zaman temeline dayalı ücret sistemi eski, hem işverenler hem de işgörenler tarafından anlaşılması ve uygulanması en kolay ücret sistemidir. Bu sistem kullanıldığında işgörenler çalışmaları karşılığında alacakları ücret miktarını önceden bildikleri için kendilerini güvende hissederler. İşverenler açısından ise, çalışma saatleri ve ödenecek ücretler önceden belirlendiği için işçilik maliyetinin sabitlenmesi kolaylaşır, ayrıca hesaplamaların yapılması fazla emek ve zaman gerektirmez. Ancak sabit ücretler verimlilik ve performans artışından etkilenmez. İşgörenlerin performanslarını dikkate almadığı için bu sistemin bireysel eşitliği sağlaması mümkün değildir. Bu durumda sistem işgörenleri performanslarını artırmaları için özendirmez (Benligiray; 2003: 32,33).

Üretilen İş Miktarına Dayalı Ücret Sistemi: Üretilen iş miktarına dayalı ücret sistemlerini parça başı ve götürü ücret sistemleri şeklinde gruplandırmak mümkündür. Yapılan iş miktarına göre hesaplanan ücret, akord ücret olarak bilinmektedir. Bu ücret, parça sayısı, büyüklük, uzunluk ya da ağırlık gibi birimlere göre saptanmaktadır. Her bir birim için saptanan ücretin birim sayısının toplamıyla çarpılması sonucunda bulunur. Bunun uygulamalarda görülen en yaygın türü parça başı ücrettir (Benligiray; 2003: 33).

c) Performansa Dayalı Ücret Sistemleri

Performansa dayalı ücret, tüm kuruluşlarda kullanılabilen, verimliliği artırıcı tekniklerin sadece bir tanesidir. Ana hatları ile, normal çalışma performansının üstündeki çalışmaları parasal olarak ödüllendirmenin, uygulamalarını içeren bir sistem olarak tanımlanabilir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile, çalışanların, çalışma isteklerini ve çabalarını artırıcı bir motivasyon artışı sağlanarak,

ulaşılacak hizmet/ürün üretim ve verimlilik artışlarından hakça bir pay almaları amaçlanmaktadır. Diğer bir ifade ile performansa dayalı ücret, çalışanların ücretleri ile yaptıkları işte gösterdikleri performansları arasında bir bağlantı kurma yöntemidir.

Kuruluşlarda yüksek kalite ve yüksek verimliliği sağlamak için çalışanların motivasyonunun artırılması ihtiyacı, performansa dayalı ücreti gündeme getirmiştir. Performansa dayalı ücret planları iki psikolojik ilkeye dayandırılmıştır: Bunlardan birincisi motivasyon artışının performansı artıracağı, ikincisi takdirin motivasyon açısından önemli bir unsur olduğudur. Kuşkusuz motivasyonu artıran tek neden ücret değildir. İnsan kaynakları yönetiminin çeşitli unsurları motivasyonu artırmaya yöneliktir. Tüm bu unsurlara ilave olarak yapılan araştırmalar, kişileri ödüllendiren teşviklerin performansı arttırdığını ortaya koymaktadır. Böylece performansa dayalı ücret sistemleri yaygınlaşmaya başlamıştır.

Bireysel Performansa Dayalı Ücret: Bireysel performansa göre ücret sisteminde kişinin ücret artışı, geçmiş bir dönemde değerlendirilen performansa göre belirlenmektedir. Geçmişteki performansa göre belirlenmektedir. Geçmişteki performansa göre ücret artışı belirlenirken, gelecekteki performansın artırılması amaçlanmaktadır (Ergin; 2009: 35).

Performansa dayalı ücretin üç ögesi vardır:

- g) Ulaşılması gereken başarının belirlenmesi,
- h) Başarının değerlendirilmesi,
- i) Yapılan değerlendirmenin ışığında ücrete karar verilmesi.

Bu ögelerden ilk ikisi, "Performans Değerlendirme Yönetim Sistemi"nin temelini oluşturur. Bu anlamda performans değerlendirme ücretle ilişkilendirmeden de kullanılabilir.

Performans değerlendirme çalışmalarının sonuçlarının ücretle ilişkilendirilmesi, başarısı değerlendirilen çalışanın bu başarısı karşısında, hakça ücretini alabilmesini sağlamak amacını taşımaktadır. Bu anlamıyla, performansa dayalı ücret sistemleri bir amaç değil bir araçlardır. Bu nedenle, ne denli başarıyla

uygulanabilirlerse o kadar yararlı olurlar (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ÖİK Raporu; 2000: 39).

Takım (Grup) Performansına Dayalı Ücret: 1980'li yıllarda rekabetin hızla değişen yapısı, kuruluş yönetim modellerinin de değişimine neden olmuştur. En belirgin özellik ise, yönetimde tüm sistemlerin insan odaklı olarak yeniden yapılanmasında, çalışanların yönetime katılımlarının desteklenmesinde, özellikle de müşteri ve kalite kavramlarının öne çıkmasında görülmüştür. İşte bu kavramlardaki değişim, takım çalışmalarının yaygınlaşmasına neden olmuş ve takıma dayalı performans sistemlerini öne çıkarmıştır. Amaç, her şeyden önce organizasyonun verimliliğini artırmak ve katılım yoluyla kurum/kuruluş içinde takdir edilme duygusunu yaratıp, çalışanın motivasyonunu artırmaktır. Takıma dayalı ücret sistemleri, çalışanlar arasında rekabeti değil, işbirliği ve yardımlaşmayı teşvik eder ve dayanışmayı sağlar. Ancak, özellikle sonuçların birbirine bağlı olduğu işlerde ya da işin kolektif ve takım merkezli olması ve teknolojik bağımlılıklar diğer bir ifade ile çıktının takım çalışmasına bağlı olduğu durumlarda uygulanır. Takım performansının, takım üyelerinin performanslarından daha yüksek olacağı varsayımıyla hareket edilmekle birlikte, bazı durumlarda, bireysel performansa dayalı planlarla da birlikte uygulanabilmektedir (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ÖİK Raporu; 2000: 39).

Organizasyon Performansına Dayalı Ücret: Bu sistemler, çalışanların kuruluş ile özdeşleşmelerini sağlamak ve onları işbirliğine yöneltmek amacıyla geliştirilmiştir. Takım ve birey performansına dayalı ücret uygulamalarından farklı olarak, "dolaylı performansa dayalı" sistemlerdir. "Bu organizasyon bizim!" düşüncesinin yayılması ve bütünleşmeyi sağlayarak motivasyonu artırması önemlidir. En yaygın kullanımı kazanç paylaşımı ve kar paylaşımı planları olarak bilinmektedir. Genel olarak, bireysel performansa dayanmaması, yöneticiler ve tüm çalışanların katılımı ile belirlenmesi, tüm çalışanları ilgilendirmesi, işbirliği ile sorunlara çözüm geliştirmesi ve organizasyonun verimliliği ile bireysel ödüller arasında bağlantı kurması açılarından, bu ücret planları desteklenmektedir (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ÖİK Raporu; 2000: 39).

Dünyanın her yerinde ücret tartışmalı bir konudur. Hiçbir ülkede memnuniyet verici bir çözüm yolu bulunamamıştır. İyi bir ücret sistemi, çalışanları aldıkları ücret yönünden tatmin ederken, çalışma sonucu ortaya çıkan verimin de tatminkar olmasını sağlamaya yönelik olmalıdır. Ücret çalışanların beceri ve sorumluluk düzeylerini, kişi ve kurumların performanslarını etkileyen önemli unsurdur. Bu nedenle ücret politikası çalışanları isteklendirmelidir (Gültekin; 2008: 972).

Performansa göre ödeme çalışanlar için ücret artışı, çalıştıranlar için de çalışanları daha iyi çalıştırabilmek için etkili bir araç olarak algılanmaktadır (Coşkun-Dulkadiroğlu; 2007: 93) Performansa göre ücret sistemi aynı işi yapan personele farklı ücret ödemenin kriterlerini objektif olarak belirleyebildiği takdirde başarılı bir uygulama imkanı sağlar. Performans bakımından eğer sistemli ölçüler yok ise performans değerlendirmesinin objektif bilgilere dayanmadan alınması adil karar alımını zorlaştırmaktadır (Gültekin; 2008: 976).

Performansa dayalı ücret sistemlerine özendirici ücret istemleri de denilmektedir. Özendirici ücret sistemleri, temel olarak personel verimliliğinin artırılmasını amaçlamaktadır (Tengilimoğlu; 2009: 336). Sağlık Hizmeti veren örgütler üzerindeki bugünün piyasa baskıları, özellikle ücret artışlarının performansa göre yapılması gerektiği yaklaşımını doğurmuştur (Ergin; 2009: 107).

1999 yılında Institute of Medicine'nin (IOM) raporuna göre Amerika'da yılda ortalama 98.000 önlenabilir ölüm gerçekleşmektedir. IOM Amerika'daki mevcut ödeme sisteminin kalitesizliği önlemede başarısız olduğu ve performansa göre ödeme yapılması üzerinde durmuştur. Institute of Medicine'nin (IOM) öncülüğünde Amerikada kamu ve özel sektörde performansa dayalı ödeme yapılmaktadır (Bangasser ve diğ.; 2006: 1). İngilterede de birinci basamak sağlık hizmetlerinde performansa göre ücretlendirme mevcuttur. (Campbell ve diğ.; 2007: 181).

Amerika ve İngiltere'de performansa dayalı ödeme sistemiyle ilgili tartışmalar devam etmesine karşın Avustralya'da da performansa dayalı ödeme sistemi sağlık hizmetlerinde uygulamaya konulmuş ve bu uygulamanın sonuçları incelenmekte ve bu sistemin başarılı olabilmesi için düzenlemeler yapılmaktadır.

Devam eden performans sonuçlarını izleme, problem olan alanlarda uygulamaları değiştirme imkanı sağlamaktadır. Avustralya'da ödüllendirme şeklinde

yapılan ödemenin yanı sıra hastaneye tekrar yatışın fazla olması gibi durumlarda ödeme yapılmayarak cezalandırma yoluna da başvurulmaktadır (Boxall; 2009: 1,2).

Bu uygulamalara karşın sağlık hizmetlerinde performansa göre ödemenin etkileriyle ilgili yeterli bilgi mevcut değildir. Bu programların yapısının iyi olup olmadığıyla ilgili kanıtlar da yetersizdir. Bu konu ile ilgili yanıtlanmamış sorular bulunmaktadır.

- a) **Ölçüm Belirleme:** Ödeme için hangi ölçüm kullanılacak? Seçilen ölçümle ilgili kabul edilen ile edilmeyen arasında konsensüs var mı? Muhtemel risk analizi yapılmış mı? Ölçüm yüksek performansı ödüllendirirken düşük performansı cezalandıracak mı? Yapı, süreç ve sonuç nasıl dengelenecek? Ölçüm statik mi değişken mi olacak? Doğru ölçüm nedir?
- b) **Ödeme Miktarı:** Ödemenin miktarı ne kadar olmalı? Ödeme, çıktıları ve kaliteyi nasıl etkileyecek? Ödeme motivasyon için yeterli mi ve davranışları değiştirmeye yeterli mi? Ödeme hangi sıklıkla yapılmalı?
- c) **Ödemenin Paylaşımı:** Ödeme birey başına mı gruba mı yapılmalı? Grup arasında güven için nasıl paylaştırılmalı?
- d) **Finansman Yapısı:** Bu ödemenin finansmanı nasıl sağlanacak?
- e) **Hastalar Üzerindeki Etkisi:** Sistem hastaları nasıl güçlendirecek? Bu hastaların davranışlarını nasıl etkileyecek? Hastalar kaliteli hizmete nasıl ulaşabilecekler?

Performansa dayalı ödemenin teoride olduğu gibi pratikte de başarılı olabilmesi için bu soruların cevaplanması gereklidir (Redd; 2005: 15).

2.2.Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçümü

Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kullanımı ve kullanım sonuçlarını sorgulayan yaklaşımlar, sağlık harcamalarının hızlı artışı ile birlikte önem kazanmıştır. Hem sağlıklı bir toplum yaratma hem de kaynakların daha iyi kullanımı yönünde artan baskılar, birçok ülkede sağlık sisteminin performansını geliştirmeye

ve ölçmeye yönelik girişimlerin artmasına neden olmuş bu çalışmalar son yıllarda ülkelerin kendi çabaları ile sınırlı kalmayıp uluslararası boyut kazanmıştır (Aydın ve diğ; 2007: 151). Bu kısımda Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, OECD Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri ve Dengeli Skor Kart (Balanced Scorecard) ele alınacaktır.

2.2.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında sağlık sistemlerinin performansını bir bütün olarak ölçmeye yönelik düşüncesi ön plana çıkmıştır. Bu dönemlerde Avrupa ülkelerinde meydana gelen değişimler hesap verebilirlik, kalite iyileştirme, hasta memnuniyeti gibi konuları ön plana çıkarmıştır. Merkezi Barselona da bulunan Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi bu konu kapsamında Avrupa ve Kuzey Amerikalı çalışma grubu 2002 yılında bir araya gelmiş ve bu alanda kavramsal konular üzerinde tartışmıştır. Bu konular; hastanelerin performansını yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak amacıyla gelişimlerin kıyaslanabilmesini sağlayacak esnek ve kapsamlı hastane performans modeli oluşturulmasıdır (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2003; 2).

Bu çalıştay sonucunda bu alanla ilgili herkes tarafından benimsenebilecek hastane performans ölçümü modeli tanımlamak, geliştirmek ve hastanelerin birbirleriyle kıyaslanmalarına olanak sağlayacak performans göstergeleri oluşturulmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2003: 5).

Bu çalışma grubu hastanelerde performans ölçümünde aşağıda belirtilen 6 boyut üzerinde uzlaşmışlardır.

- a) Klinik Etkililik (Clinical effectiveness)
- b) Güvenlik (Safety)
- c) Hasta Merkezlilik (Patient centredness)
- d) Verimlilik (Etkinlik) (Production efficiency)
- e) Personel Oryantasyonu (Staff orientation)

f) Duyarlı Yönetişim (Responsive governance) (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2003: 2).

2003 Yılında Dünya Sağlık Örgütü Çalışma Grubu tarafından önerilen anahtar hastane performans boyutları Tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. 2003 Yılında DSÖ Çalışma Grubu Tarafından Önerilen Anahtar Hastane Performans Boyutları

BOYUT	KAPSAM
1) Klinik Etkililik (Clinical effectiveness)	Teknik Kalite, Kanıtı Dayalı Uygulama, Sağlık Kazancı, Sağlık Sonuçları (Bireysel ve Toplumsal)
2) Hasta Merkezlilik (Patient centeredness)	Hasta ihtiyaçlarına cevap verebilme, Hasta oryantasyonu, Hasta Memnuniyeti, Hasta Deneyimi (saygınlık, mahremiyet, özerklik, iletişim)
3) Üretim Verimliliği (Production efficiency)	Finansman (Finansal Sistem, Süreklilik, Kaynak İsrafı), Örgütlenme Oranı, Teknoloji
4) Güvenlik (Safety)	Sunucular, Hastalar, Yapı, Süreç
5) Personel Oryantasyonu (Staff)	Sağlık, Refah, Memnuniyet, Gelişim
6) Duyarlı Yönetişim (Responsive governance)	Toplumu Yönlendirme, Başarı, Devamlılık, Sağlıktaki İyileşmeler, Hakkaniyet, Toplumun beklenti ve taleplerine adaptasyon kapasitesi

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2003: 9)

Çalışmada bu boyutların alt boyutları üzerinde de tartışmalarına karşın daha detaylı bir çalışma için daha sonraki toplantılarda bırakılmış ve bu konunun sonraki

toplantılarda tartışılması gerekliliğini vurgulamışlardır (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2003: 10).

Bu toplantının ardından 2004 yılında yeni bir çalıştay gerçekleştirilmiş ve bu çalıştayda Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi Hastanelerde Kaliteyi Geliştirmek İçin Performans Değerlendirme Araçları Olarak Adlandırdıkları (PATH: Performance Assessment Tool For Quality Improvement In Hospital- Hastanelerde Kalite Geliştirmek İçin Performans Değerlendirme Yöntemleri) esnek ve etkili bir yapı üzerinde durmuşlardır (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2004: 1). PATH aşağıda belirtilen faktörleri içermektedir.

Sonuç 1: Kavramsal performans modeli (boyutlar, alt boyutlar ve bunların birbirleriyle ilişkisi)

Sonuç 2: Kriterleri Tespit Etme Kuralları,

Sonuç 3: Göstergelerin Listesi,

Sonuç 4: Operasyonel (İşlemsel) Performans Modeli,

Sonuç 5: Hastane Sonuçlarının Geribildirim Stratejisi,

Sonuç 6: Kıyaslamayı Teşvik Etme Stratejileri (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2004: 1).

DSÖ 2004 yılında üzerinde uzlaştığı Teorik Hastane Performansı Modeli Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Dünya Sağlık Örgütü Teorik Hastane Performansı Modeli

Klinik Etkinlik	Verimlilik	Personel Oryantasyonu	Duyarlı Yönetişim
Güvenlik			
Hasta Merkezlilik			

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2004: 5).

- f) **Klinik Etkililik (Clinical effectiveness):** Hastanenin, mevcut tıbbi bilgi ile uyumlu klinik sonuçlar üretmedeki ve bu sonuçları potansiyel olarak faydalanma ihtimali olan tüm hastalar için sağlamadaki başarısını (Bu önceki uygulamalarla da uyumlu olarak sağlık hizmeti sürecinin sonuçlarını ve verilen hizmetin uygunluğunu),
- g) **Verimlilik (Efficiency):** En fazla çıktıyı verimli bir şekilde elde etmek için kaynakların optimal kullanımını, mümkün olan en iyi hizmeti vermek için sağlık teknolojisinin kullanımını ve müdahalelerin uygunluğunu,
- h) **Personel Oryantasyonu (Staff orientation) :** Çalışanların görevlerini yapabilmeleri için uygun niteliklere sahip olma, sürekli öğrenme imkânına sahip olma, destekleyici bir ortamda ve işlerinden memnun olma derecesini (Bu boyut çalışma ortamındaki koşulları, bireysel ihtiyaçları öngörme ve belirleme, sağlık statüsünde meydana gelen iyileşmeyi başlatma ve personelle ilgili davranış ve sağlık statüsünü),
- i) **Duyarlı Yönetişim (Responsive governance) :** Hastaneyle ilgili toplumun sağlık ihtiyaçlarına duyarlı olma, sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlama ve hizmet sunumunda, etnik grup, fiziksel, kültürel, sosyal, demografik veya ekonomik özelliklere göre ayırım yapmamayı benimseme,
- j) **Güvenlik (Safety) :** Hastanede, riskleri önlediği ya da azalttığı kanıtlanmış yapı ve süreçlerin kullanılmasını (Güvenlik sadece hastaların güvenliğini sağlamakla kalmayıp çalışanların ve çevrenin güvenliğini de kapsamalıdır).
- k) **Hasta Merkezilik (Patient centeredness) :** Hastayı hizmet sunumunda merkeze koymayı ve verilen hizmetlerde hasta, hasta yakınları ve hizmet sunucularının ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda hareket etmeyi ifade eder. Bu, müşteri oryantasyonunu kapsar (İletişim sürecinin başarılı olması) ve saygılı olmayı (Hasta

güvenliği ve bağımsız olmayı) içerir (World Health Organisation; 2007: 6,7).

Tablo 2.4. Performans Boyut ve Alt Boyutları

Boyutlar	Alt Boyutlar
Klinik Etkinlik (Clinical effectiveness)	Bakım sürelerinin standartlara uygunluğu Bakım süreci sonuçları Bakımın uygunluğu
Verimlilik (Efficiency)	Uygunluk Bakımın çıktıları ile ilişkili girdiler Muhtemel en iyi bakım için mevcut teknolojinin kullanımı
Personel Oryantasyonu (Staff orientation)	Çalışma ortamı Bireysel ihtiyaçların tanınması ve bunlara yönelik bakış açısı Sağlık düzeyini yükseltme aktiviteleri ve güvenlik girişimleri Davranışsal tepkiler ve sağlık statüsü
Duyarlı Yönetişim (Responsive governance)	Sistem toplum entegrasyonu Halk sağlığı oryantasyonu
Güvenlik (Safety)	Hasta güvenliği Personel güvenliği Çevre güvenliği
Hasta Merkezlilik (Patient centeredness)	Müşteri oryantasyonu Hastaya saygı

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2004: 5).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi'nin çalışmaları pilot uygulamalarla pekişmiş ve 2007 yılında PATH projesi Avrupa'daki tüm hastanelerin gönüllü olarak katılabilecekleri bir projeye dönüşmüştür (World Health Organisation; 2007: 4).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi Çekirdek Performans ve Uyumlaştırılmış Performans Seti'nden oluşan iki değişik PATH Gösterge oluşturmuşlardır. Çekirdek performans seti, tüm konularla ilişkili 48 göstergeden seçilmiş olan 17 göstergeden

oluşmaktadır. Uyumlaştırılmış performans seti ise 47 gösterge arasından seçilen 24 göstergeden oluşmaktadır (World Health Organisation; 2007: 8). Çekirdek Performans Göstergeleri Seti Tablo 2.4'te, Uyumlaştırılmış Performans Göstergeleri Seti Tablo 2.5'te gösterilmiştir.

Tablo 2.5. Çekirdek Performans Göstergeleri Seti

Boyutlar	Çekirdek Performans Göstergeleri (Ç)
Klinik Etkililik ve Güvenlik (Clinical effectiveness & safety)	Ç1. Sezaryen ameliyatı Ç2. Profilaktik antibiyotik kullanımı (planlanmış kolon kanseri ameliyatı, koroner arter ameliyatı, çıkık tedavisi, rahim ameliyatı) Ç3. Mortalite (Akut kalp krizi, pnömoni, kalça kırığı, koroner arter ameliyatı). Ç4. Tekrar yatış (Akut kalp krizi, çarpma, pnömoni, kalça kırığı, koroner arter ameliyatı, astım, diyabet) Ç5. Sekiz izlem için gününbirlik ameliyat (katarakt, diz artroskopisi, göbek fıtığı, rahim kürtajı, tonsilektomi/adenektomi, kolesistektomi, tüp lügasyonu, varikoz venlerin kapatılması). Ç6. Gününbirlik ameliyat sonrası yatış Ç7. Yoğun bakıma geri dönüş
Verimlilik (Efficiency)	Ç8. Yatış süresi Ç9. Ameliyathane kullanımı
Personel Oryantasyonu ve Güvenlik (Staff orientation & safety)	Ç10. Eğitim harcamaları Ç11. İşe devamsızlık Ç12. Aşırı çalışma saatleri Ç13. Enjektör yaralanmaları Ç14. Personelin sigara içme prevalansı
Duyarlı Yönetişim (Responsive governance)	Ç15. Taburculukta emzirme eğitimi verilmesi Ç16. Sağlık hizmetlerinde süreklilik
Hasta Merkezlilik (Patient centeredness)	Ç17. Hasta beklentileri

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2007: 8,9).

Tablo 2.6. Uyumlaştırılmış Performans Göstergeleri Seti

Boyutlar	Uyumlaştırılmış Performans Göstergeleri
Klinik Etkililik ve Güvenlik	U1. Müdahale için geçen sürenin uzunluğu U2. Felç sonrası bilgisayarlı tomografi taraması U3. Aspirin kullanımı ile akut miyokart enfaktüsü taburculuğu ilişkisi U4. Daha ileri düzeyde riske ayarlanmış mortalite göstergeleri U5. Daha ileri düzeyde riske ayarlanmış tekrar yatış göstergeleri U6. Kırık ve felçli hastalarda bası ülserleri U7. Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı
Etkinlik	U8. Uygunluk değerlendirme protokolu skorları U9. Hasta başına antibiyotik maliyeti U10. Uyarlanmış hasta yatış süreleri U11. Nakit para akışı/ Borç U12. Hasta günü başına ortalama maliyet
Personel Oryantasyonu Ve Güvenlik	U13. Ücretlerin zamanında ödenme oranı U14. Tükenmişlik araştırmaları U15. Risk değerlendirmesi yapılmış işlerin oranı U16. Personel devir oranı U17. Türlerine göre işle ilgili yaralanmalar
Duyarlı Yönetişim	U18. Taburculuk hazırlığının denetimi U19. Taburculuktan sonra gönderilen mektup oranı U20. Geriatri hastalarda uygunluk değerlendirme protokolü skorları U21. Gününbirlik ameliyatlarda bekleme süresi U22. Yaşam tarzı danışmanlığı verilen akut miyokart enfaktüsü ve koroner kalp hastaları
Hasta Merkezilik	U23. Hizmetlere ulaşmada hasta anket skorları U24. Hizmetten hoşnutsuzluk üzerine hasta anket skoru

Kaynak: (World Health Organisation; 2007: 8,9).

Bu göstergeleri uygulamak isteyen hastanelere iki setten birini kullanabilmelerine olanak sağlanmıştır. Diledikleri takdirde çekirdek performans setinden uyumlaştırılmış performans setine geçme imkânı tanınmıştır (World Health Organisation; 2007: 8,9).

PATH projesi kapsamında 2008 yılı sonu itibariyle Belçika (16), Estonya (4), Fransa (50), Almanya (46), Macaristan (6), İtalya (0), Lüksemburg (0), Polonya (29), Slovakya (3) ve Slovenya (1) olmak üzere 10 ülkeden 155 hastane veri girişini tamamlamıştır (Ertong; 2009:13). Katılan ülkelerden İtalya ve Lüksemburg'taki hastaneler veri girişini tamamlamamıştır.

DSÖ yukarıdaki katılımcı ülkelerden elde edilen verileri Şubat 2009'da yayınlamıştır. Çekirdek Performans Göstergeleri Seti için 12 örnek üzerinde yapılan değerlendirme Tablo 2.7'de gösterilmiştir.

Tablo. 2.7. DSÖ PATH Çalışması Şubat 2009 Raporu

Gösterge Kodu Ve Adı	Katılan Ülke Sayısı	Toplam Hastane Sayısı	Veri Elde Edilen Hastane Sayısı	Hastane Ziyaretlerinde Minimum Eşik	Gözlenen Denek Sayısı	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma
Ç3. Mortalite *	8	155	120	108	23.455	9,5%	7,1%	8,0%
Ç8. Yatış Süresi ***	7	154	116	105	20.166	12.1	11,5	3,2
Ç1. Sezaryen Ameliyatı	8	155	84	84	Bilinmi- yor (1)	23.2%	21.4%	10,5%
Ç2. Profilaktik Antibiyotik Kullanımı*	6	101	78	78	6.292	87.7%	100.0%	24,3%
Ç4. Tekrar Yatış*	6	108	75	67	8.407	3.8%	2.8%	4,1%
Ç13. Enjektör yaralanmaları	8	154	67	67	59.648	4.7%	3.9%	3,5%
Ç5. Sekiz izlem için günübirlik ameliyat**	5	100	63	60	21.325	82.0%	99.0%	24,0%
Ç14. Personelin sigara içme prevelansı	6	105	52	50	35.680	32.0%	30.0%	15,0%
Ç7. Yoğun bakıma geri dönüş	6	105	48	48	20.865	1.08%	0.98%	0,91%
Ç16. Sağlık hizmetlerinde süreklilik	5	55	47	47	15.995	81,9	82,3	6,2
Ç15. Taburculukta emzirme eğitimi verilmesi	6	105	46	46	6.686	82,6%	89.3%	17,2%
Ç6. Günübirlik ameliyat sonrası yatış**	5	100	23	22	13.821	Bu gösterge analiz edilmemiştir. Yüzde 8 olması gereken oran yüzde 3'te kalmıştır. (Bu yüzden her vaka kendi başına değerlendirilmiştir.)		
* Kalça replasmanı (yenileme) ** Uterus kürtajı *** Kalça kırığı (1) Hastanelerden elde edilen bilgilerden gerekli bilgilerin eksik olması								

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2009:6).

Yukarıdaki tablodan çıkarılacak sonuçlar şöyle özetlenebilir. PATH projesine katılan ülkelerin sayısı projenin gelişimini tescil etmek için önemlidir. Göstergeler açısından iğne yaralanmaları ve personelin sigara içtiği toplam 155 hastaneden 52'si tarafından bildirilmiştir. Bu düşük bildirim yanlılığı işaret edebilir. Sağlık düzeyini iyileştirmek için çalışanlara sigarayı bıraktırmak ve bu kazaları önlemek oldukça önemlidir. Bu nedenle, PATH'09 personelin sigara içme konusunda otokontrol mekanizmasının daha etkili olması ve personelin sigara içmesi konusunda politika geliştirmeye yardımcı olmalıdır (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2009:6).

PATH 2009 Yılı İndikatör Seti Tablo 2.8'de gösterilmiştir.

Tablo: 2.8. PATH 2009 Yılı İndikatör Seti

İndikatör	Boyut	Ülke Koordinatörüne Veri Sağlama İçin Son Tarih	Gözlem Periyodu	Kaynak	Veri Toplama Sorumlusu	Tanım	Geçmişe dönük (önceden toplanmış veriyi kullan) veya İleriye dönük (veri toplama aracı uygulandıktan sonra bir dönem boyunca veri topla)
Sezaryen Oranı	Klinik Etkililik-Güvenlik	Temmuz 2009	2006, 2007, 2008 veya ulaşılabilen geçmiş üç yıl	Taburculuk Özeti	Hastane veya merkezi olarak koordinatörlük	Düşük riskteki doğumlarda sezaryen oranı-AHQR tanımına göre	Geçmişe dönük
Ölümle Sonuçlanan Vakalar (AMI ve inme)		Klinik Etkililik-Güvenlik	Temmuz 2009	2006, 2007, 2008 veya ulaşılabilen geçmiş üç yıl	Taburculuk Özeti	Hastane veya merkezi olarak koordinatörlük	Geçmişe dönük
Operasyon Sonrası Pulmöner Emboli	Klinik Etkililik-Güvenlik	Temmuz 2009	2006, 2007, 2008 veya ulaşılabilen geçmiş üç yıl	Taburculuk Özeti	Hastane veya merkezi olarak koordinatörlük	Operasyon sonrası pulmöner emboli olan hasta oranı	Geçmişe dönük
Profilaktik Antibiyotik Kullanımı	Klinik Etkililik-Güvenlik	Temmuz 2009 ve/veya Aralık 2009	Veri Toplama periyodu: Haziran ayı boyunca bütün hastalar (bundan sonra ülke hazırsa-kriter 1 ve iki için Ekim ayında ülkede fikir birliği)	Hasta Kayıtları (hasta kayıtlarında özel bölüm oluşturulmalıdır)	Özel Amaçlı Veri Toplama	Zamanlama, dozaj, molekül olarak ulusal veya uluslar arası rehberlerle tam uyumlu antibiyotik profilaksisi almış izleyici prosedürüne girmiş hasta oranı	İleriye Dönük
Kan Komponentleri Kullanımı		Klinik Etkililik-Güvenlik	Aralık 2009	Veri Toplama periyodu: indikatörün geliştirilmesinin daha sonraki aşamalarında tanımlanacaktır (1-3 ay)	Hasta Kayıtları	Özel Amaçlı Veri Toplama	İleriye Dönük

Kaynak: (Ertong; 2009: 1)

Tablo 2.8. PATH 2009 Yılı İndikatör Seti'nin Devamı

Kİndikatör	Boyut	Ülke Koordinat örüne Veri Sağlama İçin Son Tarih	Gözlem Periyodu	Kaynak	Veri Toplama Sorumlusu	Tanım	Geçmişe dönük (önceden toplanmış veriyi kullan) veya İleriye dönük (veri toplama aracı uygulandıktan sonra bir dönem boyunca veri topla)
Bası Ülseri	Klinik Etkililik-Güvenlik	Aralık 2009	Bir gün ya da hafta (daha sonraki aşamada detaylı olarak tanımlanmalıdır, büyük olasılıkla Kasım, 2009)	Doğrudan gözlem	Özel Amaçlı Veri Toplama	Bir günlük prevelans çalışması (bütün hastalar değerlendirilmeli)	İleriye Dönük
Finansal İndikatör(ler)	Verimlilik	Ülke karar verecektir.	2006, 2007, 2008	Finansal Denge	Hastane veya merkezi olarak koordinatörlük		Geçmişe dönük
Kalış Süresi	Verimlilik	Temmuz 2009	2006, 2007, 2008 veya ulaşılabilen geçmiş üç yıl	Taburculuk Özeti	Hastane veya merkezi olarak koordinatörlük		Geçmişe dönük
Günübirlik Cerrahi	Verimlilik, hasta merkezlilik	Temmuz 2009	2006, 2007, 2008 veya ulaşılabilen geçmiş üç yıl	Taburculuk Özeti	Hastane veya merkezi olarak koordinatörlük		Geçmişe dönük
Ameliyat Masası Kullanımı	Verimlilik, hasta merkezlilik	Aralık 2009	-	-	-		-
Çalışan Anketi	Çalışan oryantasyonu	Aralık 2009	Ekim 2009'da idare edilen anket	Anket	Özel Amaçlı Veri Toplama	Hali hazırda kullanılan anketler geçerli olmaktadır	İleriye Dönük
İğne Yaralanmaları	Çalışan Oryantasyonu Güvenlik	Temmuz 2009	2006, 2007, 2008	Bütün yaralanmaların kayıt altına alındığı ve raporlandığı veri tabanları	Hastane	Önceden belirlenmiş bir ay boyunca iğne yaralanmalarının prevelansının gözlenmesi	Geçmişe dönük (not: Çalışan anketinden ileriye dönük özel amaçlı veri toplanabilir veya ikinci dalgada detaylı çalışma)

Kaynak: (Ertong; 2009: 2)

Tablo 2.8. PATH 2009 Yılı İndikatör Seti'nin Devamı

İndikatör	Boyut	Ülke Koordinatörüne Veri Sağlama İçin Son Tarih	Gözlem Periyodu	Kaynak	Veri Toplama Sorumlusu	Tanım	Geçmişe dönük (önceden toplanmış veriyi kullan) veya İleriye dönük (veri toplama aracı uygulandıktan sonra bir dönem boyunca veri topla)
Hemşirelerin Eğitim Düzeyi	Çalışan Oryantasyonu Güvenlik Hasta Merkezilik	Aralık 2009	2006, 2007, 2008	İnsan kaynakları veri tabanı	Hastane		Geçmişe dönük
Çalışanların Sigara İçme Düzeyi			Sorumlu Yönetişim Çalışan Oryantasyonu	Tartışılmalı	Aylık uygulanan öz denetimler zamanla çok istikrarlı olmadıkları için önem arz etmezler.	Standart araç kullanarak özdenetim (Avrupa Dumansız Hastaneler Ağına bakınız, birkaç dilde barometre aracına ulaşılabilir)	Şu anki uygulamalar, pratikler, politikalar
Hasta Anketi	Hasta Merkezilik	Aralık 2009	Ekim 2009'da idare edilen anket	Anket	Özel Amaçlı Veri Toplama	Hali hazırda kullanılan anketler geçerli olmaktadır	İleriye Dönük
Taburcu Olduktan Sonra Emzirme	Aralık 2009	Ekim veya Kasım ayında doğan tüm bebekler-bir aylık gözlemle karar verilecektir	Hasta kayıtları(Hasta kayıtlarında emzirme durumu hakkında soruları içeren ve süreci ölçümleyen özel bölüm oluşturulmalıdır),	Özel Amaçlı Veri Toplama	Taburculukta emzirilen bebek oranı(önceden belirlenen bir ay boyunca izleme), UNICEF/DSÖ bebek dostu inisiyatifi Taburculukta emzirilen bebek tanımı-BFHI		İleriye Dönük
Taburculuk Hazırlığı	Sorumlu Yönetişim	Aralık 2009	-	-	-	Mevcut hasta kayıtlarının değerlendirilmesi	-

Kaynak: (Ertong; 2009: 3)

Türkiye’de PATH Çalışmaları

Türkiye Koodinatörlüğü olarak Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisince yürütülen PATH (Performance Assesment Tools for Quality Improvement in Hospitals) projesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı bünyesinde oluşturulan ekip tarafından 2008 yılı başından bu yana projeye katılım için çalışmalar yürütülmektedir. Bu kapsamda 2008 yılı Temmuz ayında Viyana’da düzenlenen "PATH Halk Sağlığı Konferansı"na ekip olarak katılım sağlanmış olup; ülkemizin PATH’e katılımı konusunda görüşmelerde bulunulmuştur.

PATH’in kurumsal desteğe sahip ve devamlılığı olan bir proje olması; ayrıca, dönemsel olarak katılımcı ülkelerden gelen bildirimler doğrultusunda kendisini yeniliyor olması ülke olarak projeye olan ilgiyi arttırmıştır.

Yapılan görüşmeler neticesinde, ülke olarak belirli sayıda hastane ile PATH projesine katılım kararı alınmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Path Türkiye Koordinatörlüğü).

2009’da katılacak ülkeler; Bosna Hersek, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Litvanya ve Türkiye’dir (Ertong; 2009:13). 2009 yılı başından bu yana da aktif olarak 14 hastaneyle projeye katılım sağlanmıştır (Cinal; 2009: 10).

Türkiye’nin de dahil olduğu PATH çalışmalarında uygulanmış olan indikatör seti Tablo 2.9’da gösterilmiştir.

Tablo: 2.9. PATH 2009 Yılı Türkiye’de Kullanılan İndikatör Seti

İndikatör	Boyut	Faz	Türkiye’de Uygulanmakta Olan Göstergeler
Sezeryan Oranı	Klinik Etkililik- Güvenlik	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	Kurum Verimlilik Göstergeleri
Mortalite Oranı (AMI inme vaka karışımı)	Klinik Etkililik- Güvenlik	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	
Operasyon sonrası Pulmoner Emboli	Klinik Etkililik- Güvenlik	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	
Kalış Süresi	Verimlilik, Güvenlik	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	Kurum Verimlilik Göstergeleri
Günlük Cerrahi	Verimlilik, Hasta Merkezli Olma	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	
Hemşirelerin Eğitim Düzeyi	Personel Oryantasyonu, Güvenlik, Hasta Merkezli Olma	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	Hizmet Kalite Standartları, Personel Eğitimi
Personelin sigara içme düzeyi	Personel Oryantasyonu, Sorumlu Yönetişim	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	
Taburcu olduktan sonra emzirme	Sorumlu Yönetişim, Hasta Merkezli Olma	1. Faz (Temmuz 2009’a Kadar)	Hizmet Kalite Standartları; “Anne Sütü ve Emzirme” Eğitimleri ilgili doktor ve hemşirelerin yıllık hizmet içi eğitim planlarında yer almalıdır
Profilaktik Antibiyotik Kullanımı	Klinik Etkililik- Güvenlik	2. Faz (Kasım 2009’a Kadar)	Hizmet Kalite Standartları; Antibiyotik kontrol ekibi tarafından “Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksisi Prosedürü” hazırlanmalıdır.
Bası Ülseri Prevelansı	Klinik Etkililik- Güvenlik	2. Faz (Kasım 2009’a Kadar)	
Personel Tecrübesi ve Çalışma Ortamı	Personel Oryantasyonu, Güvenlik, Hasta Merkezli Olma	2. Faz (Kasım 2009’a Kadar)	Hizmet Kalite Standartları; Personel Eğitimi
İğne Yaralanmaları	Personel Oryantasyonu, Güvenlik	2. Faz (Kasım 2009’a Kadar)	Hizmet Kalite Standartları; Çalışan Güvenliği
Taburculuk Hazırlığı	Sorumlu Yönetişim	2. Faz (Kasım 2009’a Kadar)	
Hasta Tecrübesi ve Hasta Memnuniyeti	Hasta Merkezli Olma	2. Faz (Kasım 2009’a Kadar)	Memnuniyet Anketleri

Kaynak: (Ertong; 2009:13)

PATH dördüncü uluslararası çalışmaları DSÖ Avrupa Birliği Ofisi organizatörlüğünde PATH Uluslararası sekreteri ve Türkiye Sağlık Bakanı tarafından 2010 yılı için 21-23 Haziranda 2010'da İstanbul'da yapılmıştır. Çalışmaya Avrupa'dan 13 ülke katılmıştır. Çalışmada PATH çalışmalarıyla ilgili ülke deneyimlerinden örnekler verilmiştir. Performansa dayalı ödeme, akreditasyon, ulusal kalite stratejisi, ulusal indikatör sistemiyle ilgili konular ele alınmıştır (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2010: 12).

2.2.2. OECD Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri

OECD ülkeleri sağlık hizmetleri kalite göstergeleri için kavramsal çerçeve oluşturmak amacıyla 2001 yılında bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Sağlık hizmeti kalite göstergeleri daha önceden var olan iki uluslararası grup tarafından başlatılmıştır. Bunlardan birincisi beş ülkeden oluşan New York Halk Fonu ve yine beş ülkeden oluşan Kuzey Avrupa Ülkeleridir (Kelley-Hurst; 2006:3).

Bu çalışmada iki konu ön plana çıkmıştır. Bunlardan birincisi, sağlık hizmetleri kalite kavram ve boyutları nelerdir? İkincisi, bu kavram ve boyutlar ölçülebilir mi? Bu çalışmaya katılan ülkeler sağlık hizmetlerinde kavramsal çerçevenin oluşturulmasının gerekliliği üzerinde durulmuşlardır (Kelley-Hurst; 2006:3).

Proje iki bölümden oluşmaktadır. Birinci safha, teknik kaliteyi gözleyen ve uluslararası sağlık hizmeti kalitesini ifade eden, 17 göstergeden oluşan pilot uygulama yapılması; ikinci safha, klinik durumları baştan sona düzenlemek amacıyla göstergeler oluşturma ve bu konuda genel bir kavramsal çerçeve oluşturulmasıdır (Kelley-Hurst; 2006:9).

Sorulardan birincisi, kalitenin boyutlarından olan teknik kalite göstergeleri katılan ülkeler tarafından daha önceki çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu ülkeler sağlık hizmetlerinin performanslarını ve özellikle kalite göstergelerini ölçmede farklı açılardan değerlendirme imkanına sahip olacaklardır (Kelley-Hurst; 2006:3).

Nasıl sorusuna cevap, prensipte kalite ölçülebilir ve gösterge setleri süreç ve sonuç ölçümlerini içermelidir. Bunun dışında gösterge setlerinde üç ana kriter; neyin

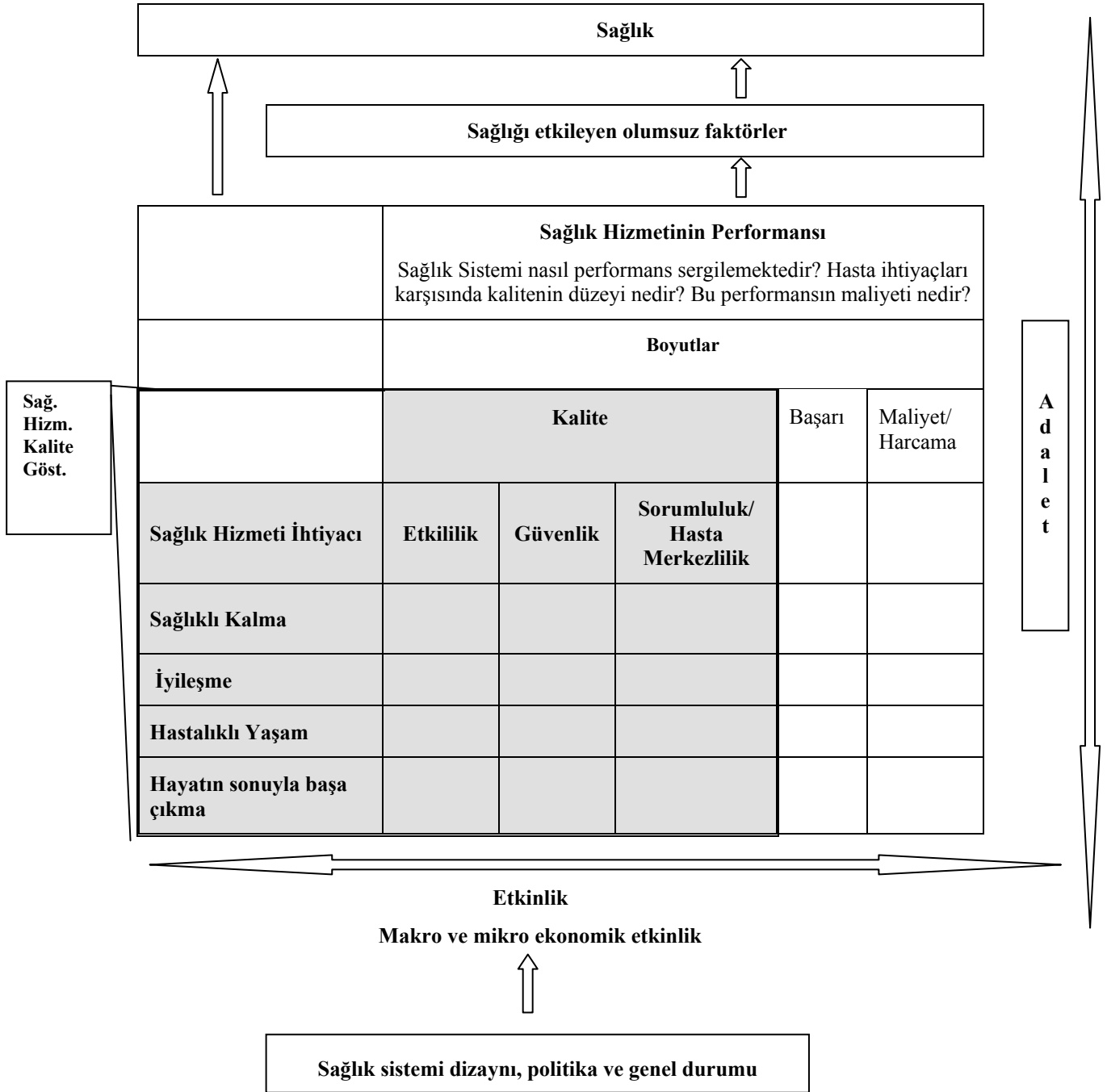
performansının ölçüldüğü, ölçümün bilimsel gerçekliği, elde edilen bilginin maliyet açısından karşılanabilirliği göz önünde bulundurmalıdır (Kelley-Hurst; 2006:3).

Sağlık hizmeti sistemleri, karşılaştıkları problemleri çözebilmek için çok çeşitli çabalar sarf etmektedirler. Son zamanlarda bu çabalar performansın ölçülmesi, izlenmesi ve geliştirilmesi teşebbüsleri üzerinde yoğunlaştırılmıştır. Birçok endüstrileşmiş ülke performans ölçümü yoluyla sağlık sistemlerinin verimliliği artırmaya çalışmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık ve sağlık hizmeti göstergelerinde hızlı artış görülmüştür. Birkaç ülkede bu durumun yönetilmesi adına hangi ölçümlerin, hangi öncelikle yapılabileceğini içeren teorik çerçeveler oluşturmak için çaba saf edilmektedir. (Kelley-Hurst; 2006:10).

OECD'nin çalışmasında bazı ülkeler tarafından yukarıda bahsedildiği üzere oluşturulan teorik çerçevelerdeki, sağlık bakım sistemleri performansını, çeşitli boyutlara göre (hizmet kalitesi, hizmete erişim ve hizmet maliyeti) sınıflandırılmıştır. OECD projesinde bakımın kalitesi ve boyutu üzerine odaklanmış ve çalışmada bakım kalitesinin alt boyutları araştırılmıştır (Kelley-Hurst; 2006:10).

OECD'nin projeyi yürütmekle görevlendirdiği uzman ekibi, öncelikli olarak performansın hangi boyutlarının ölçüleceği ve bunların nasıl ölçülmesi gerektiğini tartışmışlardır. Bu tartışmalar üye ülkelerde kullanılan performans ölçüm çerçevelerinin ışığında gerçekleştirilmiş ve sonuçta aşağıda verilen model üzerinde uzlaşmıştır (Kelley-Hurst; 2006:10). Önerilen model Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

Şekil 2.1: OECD Tarafından Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri İçin 2006 Yılında Önerilen Kavramsal Çerçeve



Kaynak: (Kelley-Hurst; 2006:15)

Yukarıdaki şekilde gösterilmiş olan kavramsal çerçevede birincisi sağlık, ikincisi sağlığı etkileyen olumsuz faktörler ve dördüncüsü sağlık hizmetleri dizaynı, politika ve genel durumudur. Üçüncüsünde sağlık sisteminin performansının

boyutları gösterilmiştir. Şekildeki dikey eksen sağlık ihtiyaçlarını göstermektedir. Şekildeki boyutlar; etkililik, güvenlik, hasta merkezlilik, kullanım ve maliyettir. Şekil kabaca Donabedian'ın kavramsallaştırdığı yapı süreç ve sonuçtan oluşmaktadır. Bu boyutlardan etkililik, güvenlik, hasta merkezlilik çekirdek kalite boyutları olarak alınmıştır. Bu çekirdek boyutlar arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşmak için önemlidir. (Kelley-Hurst; 2006:16).

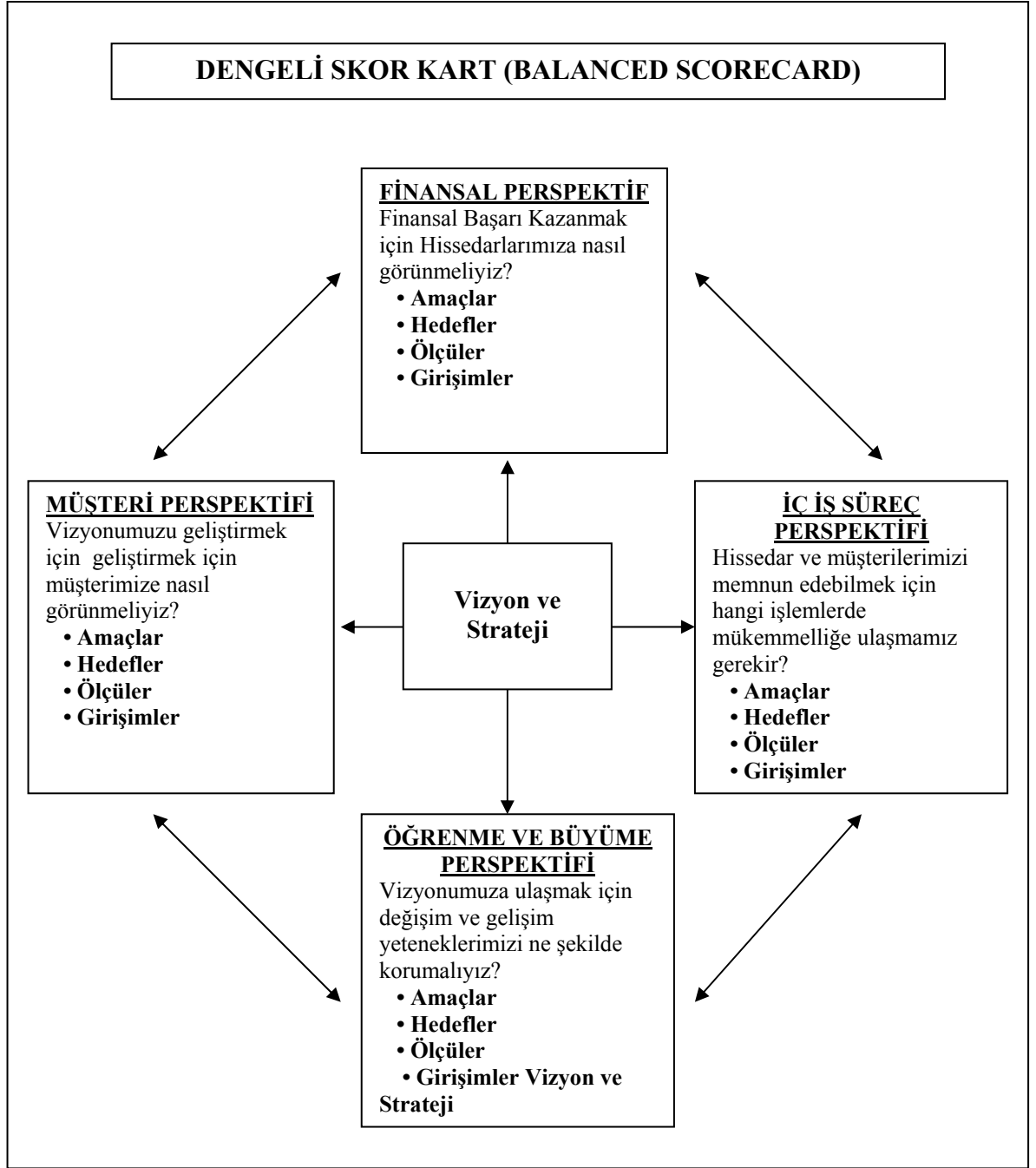
2.2.3. Dengeli Skor Kart-Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)

Bir performans ölçüm aracı olarak Dengeli Skor Kart yaklaşımı Robert Kaplan ve David Norton tarafından 1992 yılında Harvard Business Review'da yayınlanan "The balanced scorecard - measures that drive performance" isimli makale ile gündeme getirilmiştir. 1993 ve 1996 yılında aynı konuda yazdıkları makalelerle model geliştirildikten sonra 1996 yılında "Balanced Scorecard" isimli kitap ortaya çıkmıştır. Geçmiş verilere dayanan ve finansal ölçülerin geleceğe yönelik ve finansal olmayan ölçülerle dengelenmesini savunan yaklaşım, işletmelerin strateji ve vizyonlarını fiziksel ölçülere dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Dengeli skor kart modeliyle işletmelerin geleneksel olarak kullandığı maddi varlıklardaki değişimi ölçen performans ölçülerinin ötesine geçilerek maddi olmayan (firma değeri, istihdam gücü, bilgi vs.) varlıkların da dikkate alınması gereği vurgulanmaktadır (Köseoğlu; 2005: 23).

Dengeli Skor Kart stratejik amaçlar için organizasyonların vizyon ve stratejisi doğrultusunda işletme içi ve işletme dışı iletişimini geliştiren, endüstride, yönetimde ve kar amacı gütmeyen kuruluşlarda kullanılan planlama ve yönetim sistemidir. Dengeli skor kart organizasyonların yalnızca vizyon ve misyonu belirlemede ölçüm aracı değil aynı zamanda amaçların hayata geçirilmesini sağlayan bir araçtır (Balanced Scorecard Institute).

İşletme sahipleri finansal perspektifi, müşteriler ve hissedarlar müşteri perspektifini, yönetici ve süreç sahipleri iç iş süreçleri perspektifini, çalışanlar ve kapasite ise büyüme ve öğrenme perspektifini simgelerler. Dengeli Skor Kart Şekil 2.2'de gösterilmiştir.

Şekil 2.2. Dengeli Skor Kart (Balanced Scorecard)



Kaynak:<http://www.balancedscorecard.org/BSCResources/AbouttheBalancedScorecard/tabid/55/Default.aspx>. (Balanced Scorecard Institute)

Müşteri Perspektifi: Bu ölçüm, işletmenin müşteri tarafından nasıl görüldüğüne odaklanır. Müşteri, bir işletmenin performansını dört noktayı temel olarak değerlendirir. Bunlar zaman, kalite, hizmet performansı ve maliyettir. Dengeli

Puan Cetveli yaklaşımı rekabet üstünlüğünü başarırken müşteri stratejilerini gerçekleştirmede işletmeye yardım eder. Böylece yöneticiler, sektör liderliği ve standartlarına karşı performanslarını kıyaslarken, müşteri gözüyle performanslarını değerlendirme imkânına kavuşur.

İç İş Süreç Perspektifi: Müşteri gereksinimlerini tatmin etme olanağı sağlamada kritik olan ve müşterinin gözünde değer yaratan süreçleri bulmaya yardım eder. Bu içeriden bakış, öz yeterliliği tanımlamada ve her alandaki ölçümün başarısı için özel göstergeleri sağlamada işletmeye olanak sağlar.

Öğrenme Ve Büyüme Perspektifi: İşletmeleri, ilerleme, yenilenme ve öğrenme yeteneklerini değerlendirerek ileriye odaklanmaya sevk eder. İşletmede değer oluşturma ve gelişmeyi nasıl sürekli hale getirebiliriz sorusuna yanıt arar.

Finansal Perspektif: işletmenin hissedarları tarafından nasıl görüldüğüne odaklanır. Dengeli Puan Cetvelinde ölçülen işletme performansı finansal performansa dönüştürülemezse yöneticiler yeni baştan işletmenin stratejisi ile stratejinin uygulanması konusunu gözden geçirmelidir.

Hastaneler aynı hizmeti farklı kalitede sunarlar. Daha sadık müşteri yaratan ve bir hastaneyi diğerinden ayırt eden unsur hizmet kalitesidir. Kalite ise bir performans boyutudur. Bu nedenle rekabet ortamında başarılı olmayı isteyen bir organizasyon için performans ölçümü hayati önem taşır. Son yıllarda popüler performans ölçüm araçlarından biri olan Dengeli Puan Cetveli (Balanced scorecard) modeli hastaneler için de önemli bir araçtır.

Dengeli Puan Cetvelinin performans ölçme ve değerlendirme aracı olarak diğer işletmelerde olduğu gibi, hastanelerde de kullanılabilir. Bunu yapabilmek için öncelikle hastanelerin stratejik hedeflerinin belirlenmesi, vizyon ve misyon tanımlarının yapılması, tüm çalışanlarının bu konularda eğitilmesi, performans boyutlarının ve ölçüm kriterlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Bütün bunlar gerçekleştirildikten sonra Dengeli Puan Cetvelinin hayata geçirilmesi gerçekleştirilir (Tarım; 2003: 237).

Sağlık hizmetlerinin performansını ölçmeye yönelik hem ulusal hem de uluslararası çalışmalara bundan önceki bölümde yer verildi. Bundan sonraki bölümde

ise Sağlık Bakanlığı'nın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemiyle ilgili yapılan çalışmalara değinilecektir.

2.3. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Sistemi Tarihçesi

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Merkezlerinde Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanunun (09.01.1961 Tarih 10702 Sayılı Kanun) beşinci maddesi personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeline ek ödeme yapılmasına imkan tanımaktadır. Yapılan bu ödemelerin kriterleri bu maddeye dayanılarak değiştirilebilmektedir (04.01.1961). Yapılan bu ek ödemeye ilgili yasal düzenlemelere Tablo 2.10'da yer verilmiştir.

Tablo 2.10. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Sistemiyle İlgili Yasal Düzenlemeler

	Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Sistemi Hakkında Kanun, Yönetmelik, Yönergeler.	Yürürlük Tarihi	Tarih ve Sayısı
1	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun (Döner Sermaye Kanunu -Döner sermaye ile ilgili işlemler bu kanunun 5. maddesine dayanılarak düzenlenmektedir)	04.01.1961	04.01.1961 209 Sayılı Kanun
2	Ek Ödeme Yönergesi	30.01.1990	30.06.1989/ 375
3	Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Görevli Personele Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme Hakkında Yönerge	23.01.2001	4618
4	Taşra Ek Ödeme Yönergesi: (Bu tarihten önce taşra için ek ödeme mevcut değildi.)	01.04.2003	2003/ 67
5	Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge (1961'den beri döner sermaye ödenmesine karşın bu tarihten sonra detaylı performans kriterleri getirilmiştir)	01.06.2004	9.2.2004 tarihli ve 417 sayılı Makam Onayı

6	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik Detaylı Performans Hesaplama Mevcut (Halen uygulanmakta olan ödemelerin ana iskeletini oluşturmakta)	12.05.2006	RG. 12.05.2006. 26166
7	Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi	01.07.2006	Yönerge Sağlık Bakanlığı 2006/ 127
8	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik	09.01.2007	RG. 09.01.2007
9	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik	26.03.2008	RG. 26.03.2008
10	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik	24.04.2009	RG. 24.04.2009
11	Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Finansal Değerlendirme Göstergesi Eklenmiştir)	02.06.2009	Yönerge 06.05.2009
12	Yönetici Mali Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge	19.10.2009	Yönerge Sağlık Bakanlığı 19.10.2009/40029

RG: Resmi Gazete

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Merkezlerinde Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanunun 5'inci maddesi, 30.06.1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değiştirilmiş ve Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmaya başlanmıştır (Gazi; 2006: 57).

Yapılan değişiklik doğrultusunda personele yapılacak ek ödemenin usul ve esaslarının belirlendiği "Ek Ödeme Yönergesi" hazırlanmış ve 30.01.1990 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönergede; kişinin ek ödeme hak kazanabilmesi için

belirli bir performans göstermesi gerekmektedir. Performans değerlendirmede birtakım değerlendirme kriterleri esas alınmaktadır.

Yönergede yer alan “Performans Değerlendirme Tablosu” ve içeriğinde yer alan 15 maddelik değerlendirme kriteri, Birim Sorumlusu, Birim Amiri ve Kurum Amiri tarafından verilecek puanların ortalaması esas alınarak her soru 10 puan üzerinden değerlendirmek suretiyle yapılmaktadır. Ek ödemeye hak kazanabilmek için asgari performans olan 50’nin üstünde puan alan personele ek ödeme yapılmakta, 50’nin altında puan almış olan personele ek ödeme yapılmamaktadır. Yönergenin Değerlendirme kriterleri; iş bilgisi, yeteneği, işi zamanında yerine getirmesi, verimliliği, işe devamı, hasta ve vatandaşa karşı tutumu, düzen ve tertipliliği, kendini yenileme ve ilerleme kapasitesi, çalışanlar ve üstlerle ilişkisi, kendine güveni, iş güçlüğü, iş riski, yaptığı işin kalitesi, hizmet içi eğitim performansı ve döner sermayeye katkısıdır (Gazi; 2006: 58).

Performans ödemesi personel kurum ve kuruluşta fiilen görev yaptığı sürece verilebilir. Personele yapılacak ek ödemede personelin tavan oranları belirlenirken “Yüksek öğrenim görmüş personel” ve “Yüksek öğrenim görmemiş personel” olarak iki farklı değerlendirme esas alınmış ve personelin bir yılda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat tutarının yüksek öğrenim görmemiş personel için % 50 sini, yüksek öğrenim görmüş personel için % 100’ünü asmamak üzere belirlenmiştir.

Personele 3(üç)’er aylık dönemler halinde ek ödeme yapılmaktadır. Ancak personele yapılacak bu ödeme, kurumun elde ettiği gelirlerin en fazla % 50 sinin dağıtılabileceği esasına göre yapılmaktaydı.

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

Personel, görev yaptığı ünitenin optimal bir verimin altına düşmemesi ve kişinin belirli bir performansı göstermesi halinde ek ödemeye hak kazanılabilmektedir.

1990 yılı ek ödeme sistemi özetlenecek olursa;

1-Personelin hizmete katkısı esas alınmış, hizmete katkısı olmayan personele ek ödeme yapılmaması amaçlanmıştır.

2-Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda verimli çalışmayı teşvik amacıyla performans değerlendirme kriterleri uygulamaya konulmuştur. Çalışanla çalışmayanı ayırt etme ve çalışan personeli teşvik maksadıyla konulan performans değerlendirme kriterleri, kurum amirlerinin herkese eşit ücret dağıtma yönündeki yanlış uygulamaları sebebiyle hedeflenen sonuçları gerçekleştirememiştir.

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

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

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

6-Kurum elde ettiği 3 aylık gelirinin en fazla % 50'si personele ek ödeme olarak dağıtılmaktadır.

209 sayılı Kanun'un 5 inci maddesi 2001 yılında çıkarılan 4618 sayılı Kanun ile yeniden değiştirilmiştir. Bu madde ile; “ Ek ödemeler, yardımcı sağlık hizmetleri ve yardımcı hizmetler sınıfına mensup personel için, bunların bir yılda alacakları aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil tazminatı hariç) tutarının % 80'ini, diğer tüm personel için % 100'ünü asmayacak şekilde tespit edilir” hükmü getirilmiştir.

Personele yapılacak ek ödemede, tabip ve tabip dışı personel arasında ek ödeme yönünden oluşan fark daima aza indirilmiş, serbest çalışan uzman ve pratisyen tabipler için ek ödemeye esas tavan oranı % 90 olarak belirlenmiştir.

Yine riskli birim olarak tanımlanan doğumhane, ameliyathane, yeni doğan, yanık, diyaliz, acil servis süt çocuğu vb. servislerde görev yapan tabip dışı personele % 50 oranında fazla ek ödeme yapılmıştır.

Ek ödemede 1990 yılındaki uygulama esas alınarak “Performans Değerlendirme Kriterleri” uygulaması devam etmiştir.

2001 yılı ek ödeme yönergesinde personele yapılacak ek ödemenin usul ve esasları bakımından 1989 yılı yönergesine göre önemli bir değişiklik yapılmamış ve temel prensip olan fiilen çalışma esasına dayalı ek ödeme uygulaması devam etmiştir. Dikkat çeken en önemli husus sağlık personelinin aldığı ek ödeme tavan oranlarının eşitlenmeye çalışılmasıdır.

2001 yılında yine kurum gelirlerinin % 50'sinin personele dağıtılmasına devam edilmiştir 2002 yılında 1. Basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan personel için de ek ödeme uygulaması başlatılmıştır. Döner Sermaye Saymanlıklarının Maliye Bakanlığına devredilmesi neticesinde Ek Ödeme Yönergesinde yeniden düzenlemeler yapma gereği hasıl olmuştur.

2002 Yönergesinde; yine fiili katkı, “Performans Değerlendirme Kriterleri” kurum gelirlerinin en fazla % 50'sinin dağıtılması uygulamasına devam edilmiştir.

Ek ödeme katsayısı olarak yine 209 sayılı Kanunun 5. maddesinde 4168 sayılı Kanun ile değiştirilen “yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personel için % 80, diğer personel için % 100” oranı devam etmiştir. Riskli birimde çalışma, serbest çalışma kriteri dikkate alınmıştır.

1989 yılında başlayan ek ödeme uygulaması, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” ne geçilinceye kadar devam etmiştir (Gazi; 2006: 61).

2.4. Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli çalışmalarını özendirecek performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödemesi Sağlık Bakanlığınca 2004 yılından itibaren uygulamaya konulmuştur. Sağlık sistemimizin kendi öncelikleri ve evrensel değerler bir arada gözetilerek oluşturulmuş olan bu performans değerlendirme sistemi tamamen Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş ülkemize özgü bir sistemdir (Aydın ve diğ.; 2007: 7).

Sağlık Bakanlığınca geliştirilen performans değerlendirme sisteminde, niceliksel olarak ölçülen bireysel performans değerlerinin, kurumların kendi aralarında derecelendirilmesi veya çalışanlara ücret olarak yansımada, çalıştıkları kurumun amaçlarını gerçekleştirme başarısı önemli bir yer tutmaktadır. Bu yüzden

öncelikle kurumun hizmetlerini kayıt altına alarak belgelemesi, ödül kaynaklarını üretmesi, satın almalarda ve sarf kullanımında yeterli verimlik ve tasarrufu gözetmesi, yani kaynakların akılcı bir şekilde yönetilmesi gerekir. Bunun yanında “kurumsal performans” tanımı ile Sağlık Bakanlığı’nın koyduğu hedeflerin gerçekleştirilme oranı sonucu belirleyici önemli bir faktördür (Aydın ve diğ.; 2007: 6).

Modern yönetim anlayışı, çalışanların başarıları oranında ödüllendirilmesini öngörmektedir. Bu ödüllendirme yöntemlerinden en yaygın olanı başarının ücrete yansıtılması, diğer adıyla performansa dayalı ücret sistemidir (Aydın ve diğ.; 2007: 7).

Bu bölümde Sağlık Bakanlığı’nın Performans Ölçüm Yöntemi Bireysel Performans ve Kurumsal performans ölçümü başlıkları altında açıklanacaktır.

2.4.1. Bireysel Performans Ölçümü

Sağlık Bakanlığı’nın Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik 12.05.2006 tarihinde resmi gazetede yayımlanmıştır. Yönetmelikte geçen ifadeler aşağıda açıklanmıştır (RG 12.05.2006/26166).

2.4.1.1. Tanımlar

Aktif Çalışılan Gün Katsayısı: Bir aylık dönem içindeki toplam gün sayısından çalışılmayan günlerin çıkarılması sonucu bulunan çalışılan gün sayısının, bir aylık dönem içindeki toplam gün sayısına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı ifade eder (RG 12.05.2006/26166).

Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı: Kurum ve kuruluşlarda bulunan poliklinik, ameliyathane, acil servis, diyabet polikliniği, aile planlaması polikliniği, klinikler ve servisler gibi ünitelerde hasta bakan, girişimsel işlemler ile radyolojik, patolojik tetkik işlemleri yapan idari görevi olan tabipler dahil, uzman tabip, uzman diş tabibi, tabip ve diş tabiplerinin her biri için ayrı ayrı hesap edilen, bir aylık ödeme dönemi içinde girişimsel işlemler karşılığı elde edecekleri puanların

toplamını ifade eder (RG 12.05.2006/26166). Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı için Tablo 2.11’de bazı örnekler verilmiştir.

Tablo 2.11. Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı

İşlem Adı	Açıklama	Puanı
Normal poliklinik muayene ücretleri		21
Sevki yapılan muayene		5
İcapçı/ branş nöbetinde yapılan muayene		30
Kafatası kemiği/saçlı deri ekstensiv tümör ameliyatları		450
Rinoplasti, komplike olmayan, greft kullanılmayan	Tıbbi endikasyonu sağlık kurul raporu ile belgelenenler ödenir	400
Kalıcı pacemaker çıkartılması		200
Gömülü diş çekimi (mukoza retansiyonlu)		94
Whipple operasyonu	Tüm cerrahi işlemler dahil	2.000

Klinik Hizmet Puan Ortalaması: Klinik hizmet toplam puanının, o klinikte çalışan asistanlar dahil, tabiplerin aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına bölünmesi sonucu bulunan puanı ifade eder (R.G.-24/4/2009-27209).

Hastane Hizmet Puan Ortalaması: Devlet hastanelerinde her tabip için ayrı ayrı hesaplanan, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanları toplamının tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı hesaplanan tabiplerin aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına bölünmesi ile, eğitim ve araştırma hastanelerinde ise klinik hizmet toplam puanları ve klinikler dışında çalışan tabiplerin, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanları toplamının asistanlar dâhil, tabiplerin aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına bölünmesi ile elde edilen puanı ifade eder (R.G.-24/4/2009-27209)

Bilimsel Çalışma Destek Puanı: Eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şef, şef yardımcısı, başasistanlar ve uzmanlara bir önceki yıl içerisinde EK-5'teki (Bilimsel Çalışma Puanı Listesi) listede yer alan bilimsel çalışmalardan toplam 500 puan/yıl çalışmayı belgelemesi halinde her ay, hastane hizmet puan ortalamasının şef ve şef yardımcılarına % 30'u, başasistanlar ve uzmanlara %10'u oranında verilen ek puanı ifade eder (RG 12.05.2006/26166). Bilimsel çalışma puanı için Tablo. 2.12'de bazı örnekler verilmiştir. Bilimsel çalışma puanlarının tamamı Ek-5'te yer almaktadır.

Tablo 2.12. Bilimsel Çalışma Puanları

SCI ve SCI Expanded'da yayınlanmış her bir yurtdışı araştırma makalesinde	Birinci isim	500 puan
	İkinci İsim	400 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	300 puan
Yurtiçi dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde	Birinci isim	100 puan
	İkinci isim	80 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	60 puan

Eğitici Destekleme Puanı: Eğitim ve araştırma hastanelerinde, başhekimlik tarafından belirlenen usul çerçevesinde, o dönem içinde dahili klinikler için en az 20 saat vizit, 20 saat poliklinik, cerrahi klinikler için 10 saat vizit, 15 saat poliklinik ve 15 saat ameliyat, laboratuvar klinikleri için 40 saat pratik eğitim çalışması ve her bir klinik için 8 saat teorik asistan eğitim çalışması yapıldığının belgelendirilmesi halinde, hastane hizmet puan ortalamasının klinik sefine %30'u, şef yardımcısına %20'si, eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şefi veya şef yardımcısı kadrosunda bulunmayan profesör ve doçentlere hastane hizmet puan ortalamasının %20'si oranında verilen ek puanı ifade eder (R.G.-24/4/2009-27209).

Mesai Dışı Çalışma Puanı: Tabip dışı personele – nöbet tutulan süreler hariç olmak üzere – haftalık mesai saatinin aşılması durumunda mesai dışı çalışma saatinin 30 ile çarpılması suretiyle bulunan puanı ifade eder (R.G.-24/4/2009-27209).

Ek Puan: Yönetmelikte geçen ek puanların toplamını ifade eder.

Eğitim Hastaneleri Kadro Unvan Katsayısı: Eğitim ve araştırma hastanelerinde, klinik şefi, şef yardımcısı, başasistan, uzman, yan dal asistanları ve asistanlar için Tablo 2.3'te belirlenen katsayıları ifade eder (RG 12.05.2006/26166). Bu katsayılar Tablo 2.13'te bazı örnekler verilmiştir. Tamamı ise Ek-3'te yer almaktadır.

Tablo 2.13. Eğitim Ve Araştırma Hastaneler Kadro-Unvan Katsayıları

Görev	Puan
Baştabip	6,00
Baştabip yardımcısı	3,50
Klinik Şefi	2,60
Klinik şef yardımcısı	2,20
Başasistan	1,85
Uzman tabip	1,85
Asistan	1,00
Tabip, diğ tabipleri	1,00
Hastane müdürü	1,00
Başhemşire	0,70
Müdür yardımcısı	0,60
Sivil savunma uzmanı	0,40
Eczacılar	0,70

Net Performans Puanı: Kurumlarda çalışan her personel için hesaplanan puanın birim performans katsayısı veya hastane performans katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan puanı ifade eder (R.G.-24/4/2009-27209).

Hastane Toplam Puanı: Kurumlarda çalışan bütün personelin net performans puanlarının toplamını ifade eder (RG 12.05.2006/26166).

Dönem Ek Ödeme Katsayısı: Kurumlarda, tespit edilip dağıtılacak döner sermaye miktarının hastane toplam puanına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı ifade eder (RG 12.05.2006/26166).

Tavan Ek Ödeme Tutarı: Personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının, EK-3'te yer alan katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutarı ifade eder (RG 12.05.2006/26166).

Kurumsal Performans Katsayısı: Bakanlıkça çıkarılan yönerge ile her kurum ve kuruluş için belirlenen (0) ile (1) arasında değişen katsayıyı ifade eder.

Hazine Payı: Belirlenecek oran üzerinden genel bütçeye irat kaydedilmek üzere ilgili muhasebe birimlerine yatırılması uygulamasına etkisi olmaksızın, ilgili kurum ve kuruluşun elde ettiği gayrisafi hasılatla öngörülmüş olan %15 oranı uygulanmak suretiyle hesaplanacak tutarı ifade eder (R.G.:25/8/2007-26624).

Birim Performans Katsayısı: Kurumlarda görev yapan personelin görev yaptığı birim için belirlenen ve personelin net performans puanının hesaplanmasında kullanılacak olan, (0) ile (1) arasında değişen katsayıyı ifade eder (R.G.-24/4/2009-27209).

Hastane Performans Katsayısı: Kurumlarda Bakanlıkça belirlenen birimlerin dışında görev yapan personelin net performans puanının hesaplanmasında kullanılacak olan ve birim performans katsayılarının aritmetik ortalamasından oluşan, (0) ile (1) arasında değişen katsayıyı ifade eder (R.G.-24/4/2009-27209).

2.4.1.2. Performans Ölçüm Yöntemi

a) Baştabip: Baştabip için aşağıdaki formüllerle Net Performans Puanı hesaplanır. Yüksek bulunan Net Performans Puanı esas alınır. (RG 12.05.2006/26166).

Baştabip Net Performans Puanı (1) = [Hastane Hizmet Puan Ortalaması X Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayısı (Baştabip Katsayısı) X Aktif Çalışılan Gün

Katsayısı] + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı+Eğitici Destekleme Puanı) + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) (RG 12.05.2006/26166).

Baştabip Net Performans Puanı (2) = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı – (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) X 0,5] + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) (RG 12.05.2006/26166).

b) Baştabip Yardımcıları: Mesleğini serbest olarak icra etmeyen Baştabip Yardımcıları için aşağıdaki formüllerle Net Performans Puanları hesaplanır. Yüksek bulunan Net Performans Puanı esas alınır (RG 12.05.2006/26166).

Baştabip Yardımcıları Net Performans Puanı (1) = (Hastane Hizmet Puan Ortalaması X Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayısı (Baştabip Yardımcıları Katsayısı) X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı+Eğitici Destekleme Puanı) + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) (RG 12.05.2006/26166).

Baştabip Yardımcıları Net Performans Puanı (2) = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı – (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) X 0,5] + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) (RG 12.05.2006/26166).

c) Bir Kliniğe Bağlı Olarak Çalışanlar

1) Klinik Şefleri

Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel

İşlemler Puanı - (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) X 0,5] + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

2) Klinik Şef Yardımcıları, Uzman Tabipler ve Başasistanlar

Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + (varsa) Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı - (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) X 0,5] + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

3) Asistanlar

Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

4) Diğer Personel

Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

d) Bir Kliniğe Bağlı Olarak Çalışmayanlar

1) Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı Bulunan Uzman Tabip, Tabip, Diş Tabipleri

Net Performans Puanı = (Hastane Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlem Puanı - (Hastane Hizmet Puan Ortalaması X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) X 0,5] + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + Bilimsel Çalışma Destek Puanı

2) Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı Bulunmayan Uzman Tabip, Tabip, Diş Tabipleri

Net Performans Puanı = (Hastane Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + Bilimsel Çalışma Destek Puanı

3) Diğer Personel

Net Performans Puanı = (Hastane Hizmet Puan Ortalaması X Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) (RG 12.05.2006/26166).

2.4.1.3. Yönetici Birim Performans Katsayısının Hesaplaması

Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte (12.05.2006/26166) yapılan değişiklikle Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlarda çalışan baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ile başhemşire olarak görev yapan yönetici sınıfı için yönetici için birim performans kriterleri belirlenmiş olup, uygulamaya ilişkin hazırlanmış olan Yönetici Mali Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge Sağlık Bakanlığı tarafından 19.10.2009 tarihinde yürürlüğe konulmuştur (SB; 19.10.2009/40029: 1). Daha sonra 20.09.2010/37420 yönerge ile yönetici birim performansın hesaplanmasında değişiklik yapılmıştır. Yönetici Birim Performansının belirlenmesinde değerlendirilecek 6 adet Ana Faktör ve 6 adet Bölüm-Düzeltilme Faktörleri bulunmaktadır.

a) Ana Faktörler

Yönetici Birim Performansının belirlenmesinde değerlendirilecek 6 temel Ana Faktör bulunmaktadır. Bunlar;

a) Borçluluk Oranı Katsayısı

b) Borçluluk Süresi Katsayısı

- c) Hizmet Kalite Standartları Katsayısı
- d) Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı
- e) Zamanında Faturalandırma Katsayısı
- f) Performans Hedefi Katsayısı

Yönetici Birim Performans Katsayısıyla ilgili açıklama ve hesaplamalara ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

Ana Faktör Katsayısı : $((\text{Borçluluk Oranı Katsayısı} + \text{Borçluluk Süresi Katsayısı}) / 2)) * ((\text{Hizmet Kalite Standartları Katsayısı} + \text{Zamanında Faturalandırma Katsayısı} + \text{Ek Ödemeyi Zamanında Yapma Katsayısı}) / 3)) * \text{Performans Hedefi Katsayısı}$

Borçluluk Oranı = $((\text{Banka Mevcudu}) - (\text{Firmalara Borçlar} + \text{Personele Borçlar} + \text{Diğer Borçlar})) / \text{Son Üç Aylık Ortalama Tahakkuk Tutarı}$

Borçluluk Oranı Katsayısı: Yukarıdaki Borçluluk Oranı Katsayısı 0,70'ten düşük ise Borçluluk Oranı Katsayısı 0,70 kabul edilir.

Borçluluk Süresi Katsayısı: Yönetici Birim Performans ölçümünde kullanılan Borçluluk Süreleri Ve Katsayıları Tablo 2.14'te bazı örnekler verilmiştir. Bu süre ve katsayıların tamamı ise Ek-6'da gösterilmiştir.

Tablo 2.14. Borçluluk Süresi Katsayısı

Ödenmemiş borç gün sayısı	Katsayı
89 gün ve altı borcu olan	1,00
90-99 gün borcu olan	0,97
140-149 gün borcu olan	0,82
180 gün ve üzeri gün borcu olan	0,70

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Hizmet Kalite Standartları Katsayısı: Sağlık hizmeti sunan kurumların fiziki, teknik ve kurumsal alt yapı süreçlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen değerdir. HKS Katsayısı Tablosunda yer alan ve (0,94) ile (1,05) arasında değişen katsayı belirlenir. Hizmet Kalite Standartları Katsayısı Tablo 2.15’te gösterilmiştir.

Tablo 2.15. Hizmet Kalite Standartları Katsayısı

Hizmet Kalite Standartları Katsayısı Puanı	Hizmet Kalite Standartları Katsayısı
$\geq 0,96$	1,05
0,91-0,95	1
0,86-0,90	0,95
0,81-0,85	0,90
$\leq 0,80$	0,85

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı: Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma; İlgili döneme ait ek ödemelerin her ayın 1-31’i arasında dağıtılmış olup olmadığı ile geçmiş dönemlerden dağıtılmamış ek ödeme olup olmamasını ifade etmektedir. Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı Tablo 2.16’da gösterilmiştir.

Tablo 2.16. Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı

Ek Ödeme Dağıtma Zamanı	Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı
1 ile 15’i arası	1,01
16 ile 20’si arası	1,00
21 ile 25’i arası	0,99
26 ile 31’i arası	0,98
Diğer dönemlerden dağıtılmayan ek ödeme varsa	0,90

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Zamanında Faturalandırma Katsayısı = (Muayene kabulü yapılmış mal, hizmet ve yapım işlerinin saymanlık kaydına alınma süresi + Hastaneye teslim edilmiş mal ile ifa edilmiş hizmetlerin teslim/bitiş tarihinden itibaren muayene kabul süresi) /2

Muayene Kabulü Yapılmış Mal, Hizmet Ve Yapım İşlerinin Saymanlık Kaydına Alınma Süresi Tablo 2.17’de gösterilmiştir.

Tablo 2.17. Muayene Kabulü Yapılmış Mal, Hizmet Ve Yapım İşlerinin Saymanlık Kaydına Alınma Süresi

Muayene Kabulü Yapılmış Malın Saymanlık Kaydına Alınma Süresi	Katsayısı
5 gün ve altı ise	1,01
5-10 gün arası ise	1,00
10-20 gün arası ise	0,99
20-30 gün arası ise	0,98
31 gün ve üzeri	0,97

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Hastaneye Teslim Edilmiş Mal İle İfa Edilmiş Hizmetlerin Teslim/Bitiş Tarihinden İtibaren Muayene Kabul Süresi Tablo 2.18’de gösterilmiştir.

Tablo 2.18. Hastaneye Teslim Edilmiş Mal İle İfa Edilmiş Hizmetlerin Teslim/Bitiş Tarihinden İtibaren Muayene Kabul Süresi

Muayene Kabul Süresi	Katsayısı
5 gün ve altı ise	1,01
5-10 gün arası ise	1,00
10-20 gün arası ise	0,99
20-30 gün arası ise	0,98
31 gün ve üzeri	0,97

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Zamanında Faturalandırma Katsayısı: (Muayene kabulü yapılmış mal, hizmet ve yapım işlerinin saymanlık kaydına alınma süresi (A) + Hastaneye teslim edilmiş mal ile ifa edilmiş hizmetlerin teslim/bitiş tarihinden itibaren muayene kabul süresi (B)) /2

Performans Hedefi Katsayısı: İlgili dönemde, ilgili kurum için Bakanlık tarafından belirlenen performans hedefinin zamanında yerine getirilip getirilmemesine göre elde edilen katsayıdır. Kurum kendisi için belirlenen performans hedefi gerçekleştirdiği takdirde Performans Hedefi Katsayısı 1, gerçekleştirmezse 0,90 olarak hesaplanır.

b) Bölüm-Düzeltilme Faktörleri

Yönetici Birim Performansının belirlenmesinde değerlendirilecek 6 temel Düzeltilme Faktörü bulunmaktadır. Bunlar:

- a) Bölge Gelişmişlik Katsayısı
- b) Hastane Türü Katsayısı
- c) Hastane Yaşı Katsayısı

- d) Mali Büyüklük Katsayısı
- e) Görev Etkilenme Katsayısı
- f) Çalışma Süreleri Katsayısı

Kurum için bu faktörler çerçevesinde yapılan değerlendirmeye göre düzeltme faktörü katsayısı hesaplanır. Buna göre her Düzeltme Faktörü katsayısı aşağıdaki formül çerçevesinde hesaplanır:

Düzeltilme Faktörü: Tür Katsayısı* Görev Etkilenme Katsayısı* Çalışma Süreleri Katsayısı * Hastane Yaşı Katsayısı* Bölge Gelişmişlik Katsayısı * Hastane Büyüklüğü Katsayısı

Bölge Gelişmişlik Katsayısı: İlgili Kurumun bulunduğu bölge için belirlenen katsayıyı ifade eder. Bölgelerin hangi gelişmişlik grubu içinde yer aldıkları ilgili Yönergede tanımlanmıştır. Gelişmişlik düzeyi düşük olan bölgelerdeki yöneticilerin olumlu etkilenmeleri amaçlanmaktadır. Bölge Gelişmişlik Katsayısı Tablo 2.19’da gösterilmiştir.

Tablo 2.19. Bölge Gelişmişlik Katsayısı

Gelişmişlik Grubu	Katsayı
1 ve 2. Gruplar	1,00
3 ve 4. Gruplar	1,01
5. Grup	1,02
6. Grup	1,03

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Hastane Tür Katsayısı: Yönetici mali birim performans ölçümünde kullanılan hastane türüne göre belirlenen sınıf ve katsayılarına Tablo 2.20’de bazı örnekler verilmiştir. Hastane Sınıf Ve Katsayıların tamamı ise Ek-7’de gösterilmiştir.

Tablo 2.20. Hastane Tür Katsayısı

Kodu	Sınıfı	Katsayı
E1	Eğitim hastanesi, genel	1,02
E2.2.	Eğitim Hastanesi göğüs veya göğüs cerrahisi alanında hizmet veren	1,06
H1	Yataklı kurum, Yatak sayısı 49 ve altı	1,00
H5	Yataklı kurum, Yatak sayısı 500 ve Üstü	1,04
H13	Yataklı kurum, diğer	1,00

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010).

Hastane Yaşı Katsayısı: Yataklı servis hizmetinin verildiği binalardan kapalı alan yüzölçümü, en büyük metrekareye sahip bina/tesis hizmete girdiği yıla karşılık gelen aşağıdaki tabloda yer alan katsayı ilgili Hastane Yaşı Katsayısıdır. Kurumların eski binalarda hizmet üretmesi, maliyetleri artırmaktadır. Bu katsayı istem dışı bu durumun düzeltilmesi için kullanılmaktadır. Hastane Yaşı Katsayısı Tablo 2.21’de gösterilmiştir.

Tablo 2.21. Hastane Yaşı Katsayısı

Hastane Yaşı	Katsayı
0-3 yıl	1,02
4-15	1,00
16-25	1,02
26 ve üstü	1,03

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Mali Büyüklük Katsayısı: Kurumun son 3 ayda elde ettiği tahakkuk tutarı ortalamasına göre büyüklüğünü ifade eder. Kurum ekonomik olarak büyüdükçe ekonomik risklerin artması ve yönetmek zorunda oldukları yapının karmaşıklaşması kurum başarısını zorlaştırmaktadır. Hastane büyüklüğü katsayısı bu durumun etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik olarak belirlenmiştir. Mali Büyüklük Katsayısı Tablo 2.22’de gösterilmiştir.

Tablo 2.22. Mali Büyüklük Katsayısı

Son 3 Aydaki Ortalama Tahakkuk Tutarı	Katsayı
8.000.001 ve üzeri	1,04
4.000.001 – 8.000.000	1,03
2.000.001 – 4.000.000	1,02
1.000.001 – 2.000.000	1,01
1.000.000 ve altı	1,00

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Görev Etkilenme Katsayısı

Kurumlarda baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ile başhemşire olarak görev yapan personelin görevleri için belirlenen aşağıdaki tabloda yer alan katsayı Görev Etkilenme Katsayısı olarak esas alınır. Görev Etkilenme Katsayısı Tablo 2.23’te gösterilmiştir.

Tablo 2.23. Görev Etkilenme Katsayısı

Görevi	Katsayı
Başhekim	0,95
Başhekim Yardımcısı	0,96
Hastane Müdürü	0,95
Hastane Müdür Yardımcısı	0,96
Başhemşire	0,96

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Çalışma Süreleri Katsayısı

Yönetici Birim Performansının hesaplandığı ilgili tarihte kurumda o görevde geçen toplam görev süresi dikkate alınmak suretiyle belirlenen aşağıdaki tabloda yer alan katsayı ilgili dönem Çalışma Süresi Katsayısı olarak esas alınır. Çalışma Süresi Katsayısı Tablo 2.24 ve 2.25'te gösterilmiştir.

Tablo 2.24. Çalışma Süresi Katsayısı

Kurumdaki Görev Süresi	Katsayı
0- 12 Ay	1,00
13-24 Ay	0,98
25-36 Ay	0,96
37 Ay ve Üstü	0,94

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Tablo 2.25. Çalışma Süresi Katsayısı (Yöneticinin Görevine Göre)

A Hastanesi Yöneticilerinin		
Görevi	Kurumdaki Görev Süresi (ay)	Katsayısı
Başhekim	56	0,94
Başhekim Yardımcısı	34	0,96
Hastane Müdürü	46	0,94
Hastane Müdür Yardımcısı	24	0,98
Başhemşire	33	0,96

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Yönetici Birim Performans Katsayısı (YBPK): Ana Faktör Katsayısı *

Düzeltilme Faktörü Katsayısı şeklinde hesaplanır.

Bundan sonraki bölümde kurumsal performans ölçüm yöntemine yer verilecektir. Bu bölümde Kurumsal performansın ne olduğu, kurumsal performansın ölçülmesinde kullanılan kriterlerle ilgili bilgiler verilecektir.

2.4.2. Kurumsal Performans Ölçümü

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, sağlık kurumunun Bakanlık tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik ve uygunluk açısından değerlendirmeye tabi tutulmasıdır.

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu alanla ilgili yaklaşım ve öncelikleri gözden geçirilerek, diğer ülkelerdeki uygulamalar incelenerek, kurumları siyah ve beyaz olarak kategorize etmekten ziyade, bütün renkleri kullanarak, 0 ile 1 arasında değişen bir puanlama sistemiyle, kendi ihtiyaçlarımıza ve stratejik hedeflerimize göre sürekli iyileşmeyi iyileştirmeyi öngören, ülke gerçeklerini göz ardı etmeyen, ciddi maliyetlere yol

açmadan, zorlaştırıcı değil kolaylaştırıcı bir anlayışla oluşturulmuştur (Aydın ve Diğ.; 2009: 16).

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamasının birbiriyle entegre edilmesi sonucu kalite çalışmaları Sağlık Bakanlığı kurumlarında ana gündem konusu olmuştur. Kurumsal performansın yüksek olduğu kurum veya kuruluşlarda, bireysel performans da daha fazla ödüllendirilmektedir. Böylece niceliğe verilen ödülün büyüklüğünü nitelik belirlemektedir (Aydın ve Diğ.; 2009: 16).

Kurumsal performansın belirlenmesinde kullanılan kriterler (Muayeneye Erişim Katsayısı, Hizmet Kalite Katsayısı, Memnuniyet Katsayısı, Kurum Verimlilik Katsayısı aşağıda açıklanmıştır.

2.4.2.1. Muayeneye Erişim Katsayısı

Muayeneye erişim katsayısı; kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her tabip için ayrı olarak tahsis edilmiş olan oda sayısı ile aktif kullanılan diş ünite sayısı toplamının, tabip sayısına bölünmesi suretiyle bulunur. Muayeneye erişim katsayısının hesaplanmasında tabip sayısına; klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuvar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten tabipler ile yoğun bakım, yeni doğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan tabipler ve temel tıp bilimleri uzmanları dâhil edilmez. Muayeneye erişim katsayısı, (1) den büyük ise (1) kabul edilir. Muayeneye Erişim Katsayısının hesaplamasında kullanılan tabip sayısı ve oda-ünite bilgileri Tablo 2.26'da gösterilmiştir.

Tablo 2.26. Muayeneye Erişim Katsayısı (Oda ve Ünite Bilgileri)

Tabip	Tabip sayısı	Oda-ünite sayısı
Uzman Tabip	27	20
Tabip	3	3
Diş Tabibi	17	11
TOPLAM	47	34

Kaynak: (Aydın ve diğ.; 2009: 23)

$$\text{Muayeneye Erişim Katsayısı} = (20 + 3 + 11) / (27 + 3 + 17) = 0,72 < 1$$

Tablo 2.26’da görüldüğü üzere muayene erişim katsayısı 0,72 olarak tespit edilmiştir. Muayeneye erişim katsayısının (1) den büyük olması durumunda (1) kabul edilir.

Muayene erişim katsayısı kurum tarafından tespit edilir. Ancak Başkanlık veya Koordinatörlükçe muayene erişim katsayısının tespit edilmesi halinde öncelikle Başkanlıkça tespit edilen katsayı; Başkanlıkça tespit yapılmaması halinde ise koordinatörlükçe belirlenen katsayı geçerlidir.

2.4.2.2. Hizmet Kalite Katsayısı

Koordinatörlük, her dönem ilde bulunan tüm kurumları (Entegre ilçe hastaneleri hariç) ilgili dönem sonuna kadar Hizmet Kalitesi Standartları çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0) ile (1) arasında değişen hizmet kalite katsayısını tespit eder. Hizmet kalite katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Hizmet Kalite Katsayısı: Verilen Toplam Puan/(Toplam Puan-Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)

2.4.2.3. Memnuniyet Katsayısı

Kurumlar, her dönem anket uygulama rehberi çerçevesinde standart anket setlerini kullanarak anketleri uygular. Kurumlar gerekli gördükleri hallerde anket

uygulamasına ilişkin olarak hizmet alabilir. Uygulanan anketler sonucu (0) ile (1) arasında değişen memnuniyet katsayısı belirlenir.

Memnuniyet anketleri ilgili dönem içinde uygulanarak en geç dönemin son haftası içinde sonuçlandırılır. Memnuniyet katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Memnuniyet Katsayısı = Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı + Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı

Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı =(Anketlerden elde edilen puanların toplamı/ anket uygulanan kişi sayısı) X 0,50

Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı =(Anketlerden elde edilen puanların toplamı / Anket uygulanan kişi sayısı) X 0,50

Hastanelerde her dönem anket uygulanacak kişi sayısı her bir anket seti için 75'in altında olamaz. Ancak o dönem yatan hastanın bulunmadığı veya yatan hasta sayısının 75 hastanın altında olduğu kurumlarda sadece ayaktan hasta memnuniyet anketi uygulanır. Bu durumda; memnuniyet katsayısı şu şekilde hesaplanır:

Memnuniyet katsayısı = Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı = (Anketlerden elde edilen puanların toplamı / Anket uygulanan kişi sayısı)

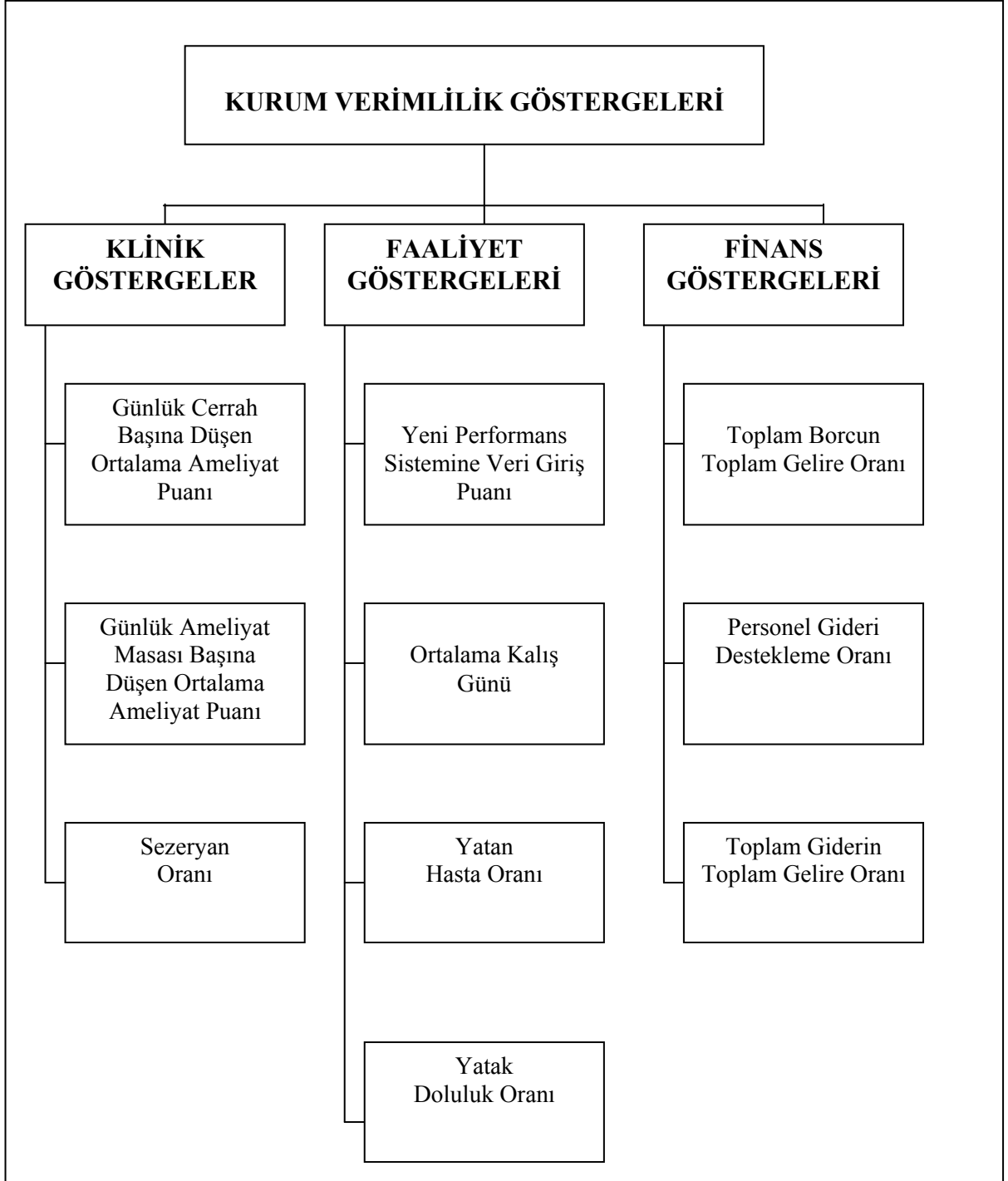
Memnuniyet anketlerinin Başkanlıkça yapılması veya yaptırılması esastır. Aynı dönem içerisinde Başkanlık veya Koordinatörlükçe anket yapılması veya yaptırılması halinde öncelikle Başkanlıkça tespit edilen katsayı; Başkanlıkça anket yaptırılmaması halinde ise koordinatörlükçe belirlenen katsayı geçerlidir.

2.4.2.4. Kurum Verimlilik Katsayısı

Kurum verimlilik standartları içinde yer alan kriterler, kabul edilebilir değer ve diğer uygulama esasları çerçevesinde kurum verimlilik katsayısı hesaplanır. Kurum verimlilik katsayısının tespiti, koordinatörün başkanlığındaki bir komisyon tarafından yapılır. İldeki kurum sayısı dikkate alınarak ayrıca iki komisyon daha oluşturulabilir. Bu durumda diğer iki komisyona koordinatörün belirleyeceği kişiler başkanlık eder. Komisyon, biri il performans ve kalite koordinatörlüğünden, diğerleri kurumlardan görevlendirilecek en az üç, en fazla dokuz personelden oluşturulur.

Komisyon üyeleri hesaplamaya esas üç dönem boyunca görevlendirilebilir. Kurumsal performans ölçümünde kullanılan göstergeler Şekil 2.3'te gösterilmiştir.

Şekil 2.3. Kurum Verimlilik Göstergeleri



Kaynak: (Aydın ve diğ.; 2009:28)

Kurumsal Performans Katsayısı = [(Muayeneye Erişim Katsayısı X 0,50) + (Hizmet Kalite Katsayısı X 0,10) + (Memnuniyet Katsayısı X 0,20) + (Kurum Verimlilik Katsayısı X 0,20)] (RG: 30.03.2009–1954/12) formülüyle Kurumsal performans katsayısı elde edilir.

2.3.2.5. Aylık Kurumsal Performans Katsayısı

Kurum ve kuruluşlarda her bir dönem için hesaplanan “kurumsal performans katsayısı” belirlendikten sonra hesaplanan katsayıdan, her bir ay için “Finansal Değerlendirme Göstergesi” doğrultusunda tespit edilen “Finansal Değerlendirme Katsayısı” çıkarılmak suretiyle her ay için ayrı bir “Aylık Kurumsal Performans Katsayısı” hesaplanır. Aylık kurumsal performans katsayısı, kurum ve kuruluşların Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılır. Aylık Kurumsal Performans Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Aylık Kurumsal Performans Katsayısı = Kurumsal Performans Katsayısı – Finansal Değerlendirme Katsayısı

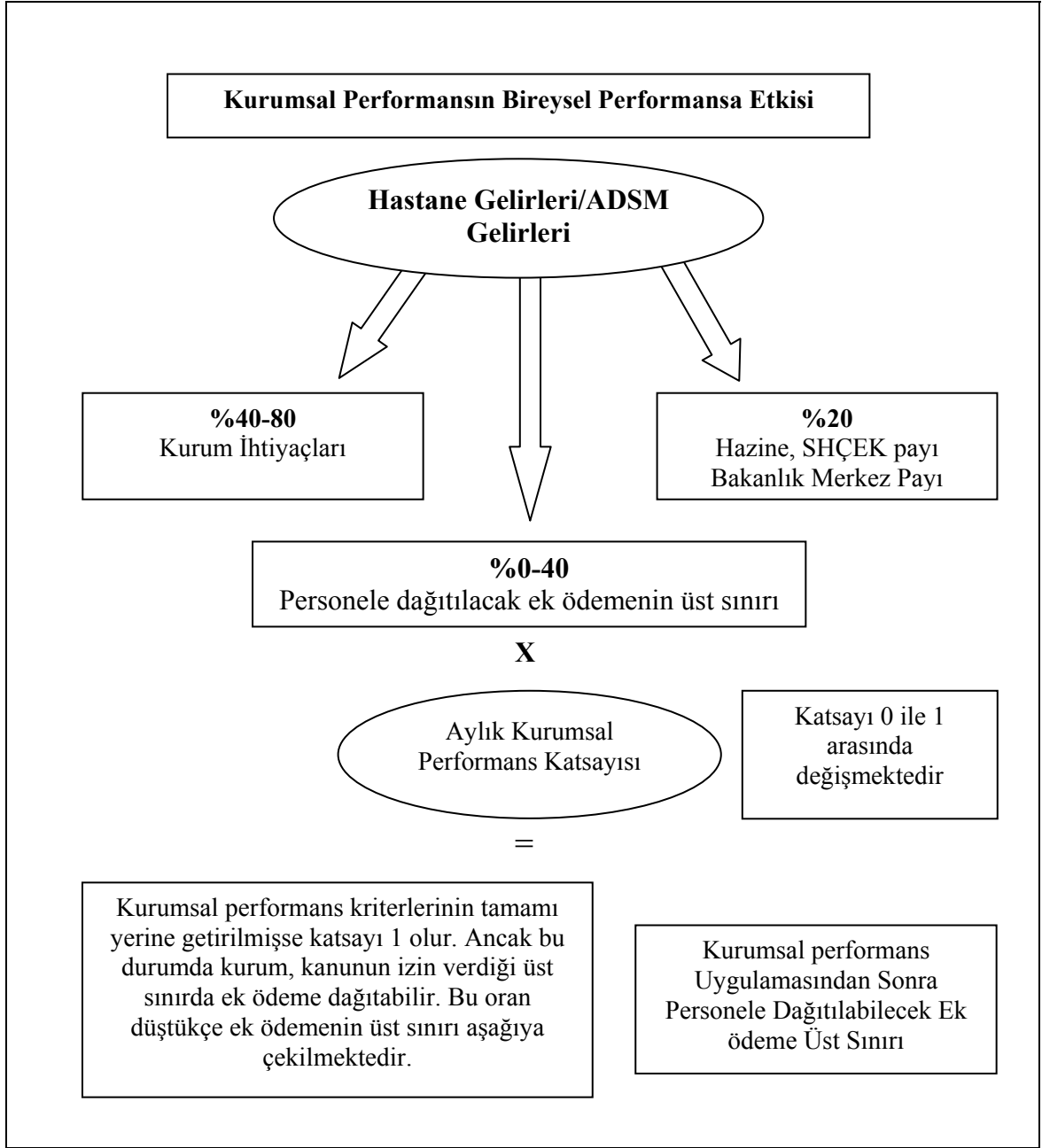
2.4.3 Kurumsal Performansın Bireysel Performansa Etkisi

Kurumsal performans ölçümleri yukarıda da açıklandığı üzere 4 ana parametre üzerinden değerlendirilmektedir. Bu parametreler muayeneye erişim, kalite standartları, verimlilik katsayısı ve memnuniyet ölçümüdür.

Bu şekilde kurum için tespit edilen ölçütler belirlenerek her bölüm için bir katsayı elde edilmektedir. Bölümlerin katsayılarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem kurumsal performans katsayısı belirlenmektedir

Her dönem ölçülen kurumsal performans katsayısı o dönem kurumda çalışan personelin bireysel performansına göre alacağı ek ödeme miktarını belirlemektedir (Aydın ve diğ.; 2009: 39) Kurumsal Performansın Bireysel Performansa Etkisi Şekil 2.4’te gösterilmiştir.

Şekil 2.4. Kurumsal Performansın Bireysel Performansa Etkisi



Kaynak: (Aydın ve diğ.; 2009: 40)

Kurum gelirinin azami %40'ını personele ek ödeme olarak dağıtabilmektedir. Kurumsal performans uygulaması ile birlikte o dönem gelirinin %40'ını dağıtabilmesi için kurum performans katsayısının "1" olması gerekmektedir. Kurum performans katsayısının "1" den "0" a doğru düşmesiyle dağıtılan ek ödeme miktarı da %40'dan aşağıya doğru düşmektedir (Aydın ve diğ.; 2009: 39).

Bundan sonraki bölümde kalite kavramı ve sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

2.5. Kalite Kavramı

“Kalite” sözcüğü günümüzde çok kullanılmakla birlikte, kalitenin herkesçe kabul edilir bir tanımı yapılamamıştır. Bunun nedeni hiçbir tanımın yeterince genel ve somut olamamasıdır (Esin; 1999: 11).

Kalite bir ürün ya da hizmetin belirlenen ve olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı biçiminde tanımlanmaktadır (Erişti; 2005: 7). Bu yönüyle, nitelik ile kalite eşdeğer kavramlar olarak değerlendirilebilir. Ancak, kalitenin taşıdığı anlamı daha doğru olarak ortaya koymanın yolu, kalite kavramının tarihsel gelişimi içerisinde, kalite öncüleri olarak bu kavramın içeriğini dolduran kalite liderlerinin tanımları doğrultusunda ele almak daha doğru olacaktır. Deming, Juran, Crosby, Garvin, Freuenbaum ve Ishikawa bu isimlerin başlıcalarıdır. (Erişti; 2005: 7).

2.5.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Tarihin ilk dönemlerinde yoğun olarak mal üretimi yapılmış ise de, sonraları mal-hizmet ayırımı yapılmadan üretim adı altında hizmet üretimi de gelişmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri de yine çok eskilere dayanmaktadır. Hamurabi kanunlarında (MÖ 1800) cerrahlara bir ücret saptanmıştır. Başarısız ameliyatlara için ceza verilirdi. Benzeri birçok örnek hizmet üretiminin çok eski çağlardan itibaren yapıldığını göstermektedir (Seyran; 2004: 12). Kalitenin tarihsel gelişimini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür.

2.5.1.1. Muayene Aşaması

Kalite alanında rol alan ilk profesyoneller grubu muayene aşamasında ortaya çıkmıştır (T.C. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı; 1999: 7). 1900’lerin başından 1930’a kadar olan dönemde, işin daha hızlı yapılabilmesi için bilimsel yöntemlerin

uygulanmasını öngören Taylor felsefesine göre, işçiler yaptıkları işi kontrol edebilecek kapasiteye sahip değildir. Bu nedenle, sürecin sonunda, üretilen ürünün ayıklanması için kontrol elemanları görevlendirilmiştir. Diğer bir deyişle, bu aşamadaki kalite yaklaşımı, bitmiş ürünlerin muayenesi üzerine kurulmuştur (Gür ve diğ.; 2003: 26).

2.5.1.2. Kalite Kontrol Aşaması

Zamanla üreticiyi sıkıntıya sokan “muayeneci” kalite anlayışı değişerek, son kontrol ile birlikte ara ve giriş kontrolleri dahil edilerek “kalite kontrol” anlayışına dönüşmüştür. 1920’li yıllara rastlayan bu dönemde, standartlar değiştirilmeye başlanmış ve tüketiciyi koruma yolunda ilk adım atılmıştır. Ancak sistem, bu aşamada da hata önlemek değil, saptama üzerine kurulmuştur (Gür ve diğ.; 2003: 26).

Kalite anlayışının bir işletmede yerleştirilebilmesi için, kalitenin o işletme için ulaşılabilir bir amaç olması ve dolayısıyla onun üzerinde yoğunlaşması, ayrıca iyi bir kalite kontrol sisteminin kurulması gereklidir. Ancak burada kalite kontrol faaliyeti, üretim sonrası kusurlu işi ortaya çıkaran bir kontrol faaliyeti olmamalı, daha geniş kapsamlı olmalı, işletme çapında ele alınmalı ve kalite özelliklerini hedefleyen şekilde başarılmasına, kısaca kalite güvenliğine yönelik olmalıdır (Kovancı; 2001: 4).

2.5.1.3. Kalite Güvence Aşaması

1960’larda Deming ve Crosby prensiplerinin kalite dünyasına hakim olmasıyla kalite kontrolden daha geniş anlamıyla kalite güvencesinden bahsedilmeye başlanmıştır (Köksoy; 1998: 2). Kalite anlayışı hata bulmadan, hata önlemeye doğru kaymaya başlamıştır. Çünkü hata bulmaya yönelik olan sistem, bir yığın hurdaya ve yeniden işlemeye neden oluyordu. Bu nedenle hataları daha çıkmadan belirleyerek önleyecek bir sistem ihtiyacı doğdu. Geliştirilen istatistiksel tekniklerin yardımıyla kabul örnekleme yöntemi kullanılmaya başlanmıştır. Fakat asıl önemli olanın gelen

malzeme partilerin tümünün kabul edilebilir nitelikte olması gerektiği anlaşılarak “kalite güvencesi” gündeme gelmiştir (Gür ve diğ.; 2003: 26).

950’li yıllarda toplam kalite kontrol kavramıyla, kalite, tüm birimleri ortak çabası haline dönüşmüş, hatayı bulma yerine önceden sıfır hata ile yapmak önem kazanmıştır. 1960’larda kalite güvencesi ve 1980’lerde ise stratejik kalite yönetimi, toplam kalite yönetimi, kaliteye yeni boyutlar getirmiştir (Tengilimoğlu ve diğ.; 2008: 253). Diğer bir ifadeyle kalite çalışmalarında temel ilgi alanı 1950’lilerden 1980’e kadar “ürün kalitesi” iken 1980’den itibaren hizmet kalitesine yönelmiştir (Kömürcü; 2006: 12).

2.5.1.4. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yöntemi (TKY), verilen hizmetlerin kalitesinin sürekli yükseltilmesini hedefleyen ve kurum genelinde katılıma dayanan bir yöntem anlayışıdır. TKY, ne kalite denetimi yaklaşımında olduğu gibi yalnızca sonuçlar üzerinde odaklaşmakta ne de kalite güvencesi gibi yalnızca süreçlere ağırlık vermektedir. TKY, kaliteyi bir kurumsal kültür olarak kabul etmekte ve kaliteyi tüm birim ve personelin katılımını içeren süreçlerin bir sonucu olarak görmektedir (Kavuncubaşı; 2000: 283).

Uzun bir geçmişe sahip olan kalite olgusu, teknik ve ekonomik gelişmelere paralel olarak üretim ve tüketim safhalarındaki değişiklikler ve bu değişiklikler neticesinde günümüz rekabet ortamında söz sahibi olabilmenin en etkin unsuru haline gelmiştir.

Toplam Kalite Yönetimi kalite problemlerinden ve hatalarından kim sorumludur sorusuna yönetim kavramını ekleyerek cevap vermeye çalışmıştır. Deming’e göre yönetim, kalite problemlerin %85’inden sorumludur. O halde kurumun tüm işleyişine hakim bir kalite politikası oluşturmak ve sürekliliğini sağlayabilmek için bütün çalışmalarda yönetim desteğine ve katılımına ihtiyaç vardır (Köksoy; 1998: 3).

2.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Gerek imalat işletmeleri için, gerekse hizmet işletmeleri için kalite sağlamaya zorlayan sıkı rekabet ve maliyetlere verilen önem, sağlık işletmelerinin de kalite sağlamasının önemini artırmıştır. Bu nedenle son yıllarda hizmet kalitesi, sağlık işletmelerinin başarısı için sağlık hizmeti sunucuları, pazarlamacılar ve araştırmacılar tarafından önemli bir konu olarak ele alınmaktadır (Devebakan; 2006: 128).

Hasta tatmininin odak noktası olduğu sağlık hizmet kalitesi konusunda yapılan araştırmalar, yalnız hasta tatmini odaklı hizmetlerde hastanın medikal ihtiyaçlarının arka plana atılabildiğini, ya da salt medikal ihtiyaçlarının karşılanması odaklı hizmetlerde hasta istek ve beklentilerinin ihmal edilebildiğini göstermektedir. Bu anlamda sağlık işletmelerin bir taraftan bilimsel norm ve standartlara uygun tanı ve tedavi prosedürleri uygulaması, diğer taraftan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerini göz ardı etmemesi gerekmektedir (Devebakan; 2006: 129).

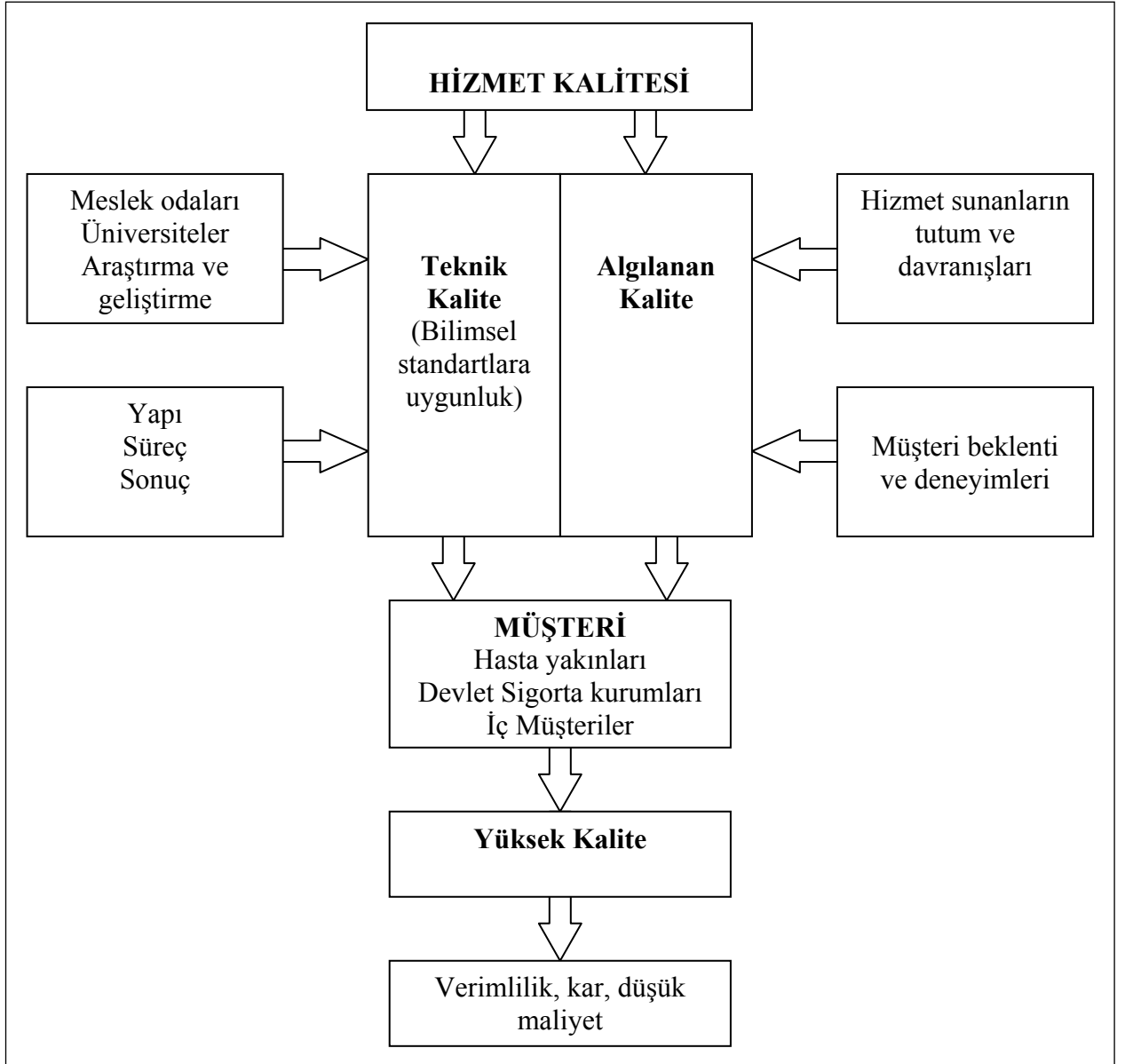
Müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirme konusunda her zaman açık objektif kriterlere sahip olamamaları ve hizmetin sonucundan çok sunulma biçiminin önem taşıması nedeniyle kalitenin ölçüsü hizmeti alan kişiye göre değişebilecektir (Saran; 2004: 78).

Sağlık bakım hizmetlerinde hastaların, gerek hizmet sunumu sırasında, gerekse de hizmet sunumundan sonra hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite daha çok sağlık bakım personelinin bakış açısı içerisinde kalmaktadır. Çünkü bu bilgiler tüketici toplumu tarafından bilinmemektedir. Başka bir deyişle sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olamayacağı için teknik olarak hangi tetkik ve tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar verme şansına sahip olmayabilir. Bu açıdan sağlık bakım kalitesinin teknik ve fonksiyonel kalite boyutlarında değerlendirilmesi yerinde olacaktır (Devebakan; 2006: 22).

Vincent K. Omachonu tarafından geliştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve

beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada almaktadır. Yaklaşım (teknik ve algılanan hizmet kalitesi) Şekil 2.5’te gösterilmiştir (Kavuncubaşı; 2000: 270).

Şekil 2.5. Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri



Kaynak: (Kavuncubaşı; 2000: 271)

Sağlık Hizmeti Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı

Kalitenin teknik yönü “teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını içermektedir. Tedavi sanatı, hizmet

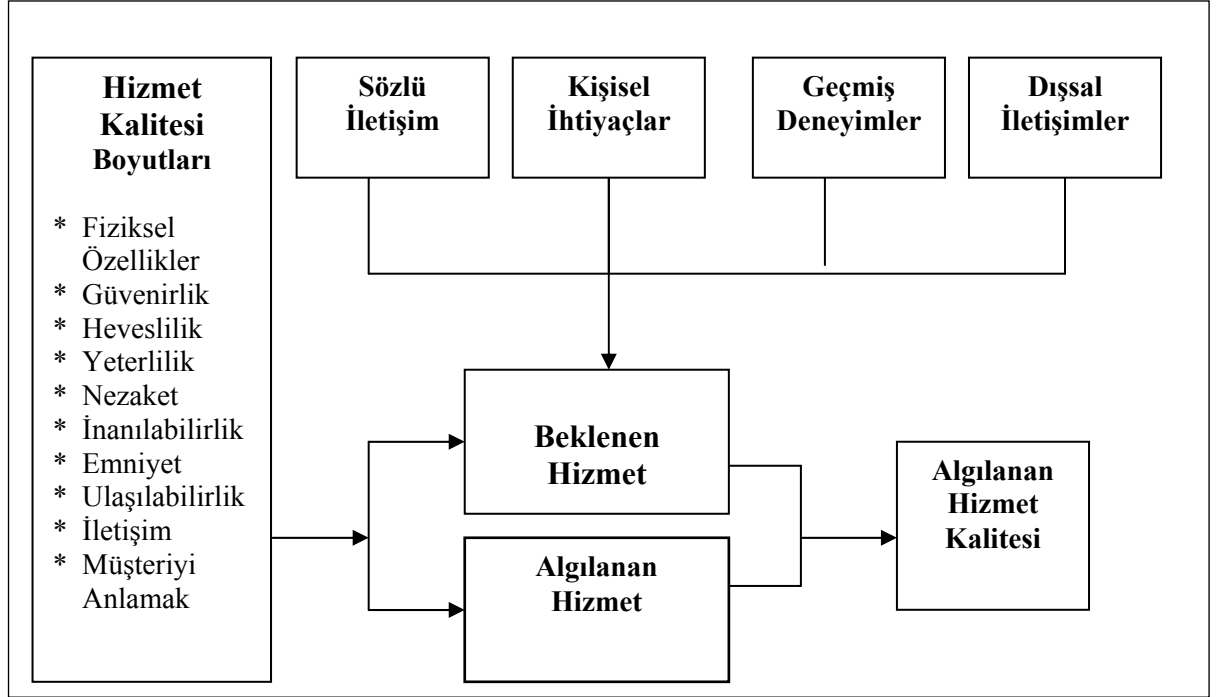
ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi de genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir. Yüksek kaliteli hizmet sunumu da sonuçta kurumun verimliliğini ve karlılığını olumlu yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı; 2000: 271).

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan (Fonksiyonel) Kalite

Sağlıkta kalite, teknik ve fonksiyonel kalite olarak iki başlıkta incelenmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalar fonksiyonel kalitenin hastaların kalite algısını etkileyen birincil değişken olduğunu göstermektedir (Kıdak-Aksaraylı; 2008: 92).

Parasuraman; Zeithaml ve Berry kavramsal bir hizmet kalitesi modeli geliştirebilmek için bir dizi çalışmalar yapmışlardır. Söz konusu araştırmalar kapsamında elde edilen önemli bilgilerden biri de müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirirken hangi ölçütlerden yararlandıklarının ortaya konulmasıdır. Grup görüşmeleri sonucunda müşterilerin hizmet kalitesi değerlendirmede benzer kritereleri kullandıkları ve hizmet kalitesinin on genel boyutu olduğu saptanmıştır. Söz konusu on hizmet kalitesi boyutu ve müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmeleri Şekil 2.6'da gösterilmiştir (Devebakan; 2006: 134).

Şekil 2.6 Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi



Kaynak: (Devebakan; 2006: 135)

Parasuraman; Zeithaml ve Berry keşfedici araştırmalar kapsamında müşterilerle yapılan odak görüşmeleri (focus grup) ve yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmeler (in-depth interviews) araştırmalarından elde edilen bilgiler ışığında bir kavramsal hizmet modeli (Şekil 2.6) geliştirmişlerdir.

2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Teknik Kalite

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların rutin olan bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanıması veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık tesislerinde yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır (Devebakan; 2006: 131).

Sağlık bakım hizmetlerinde hastaların gerek hizmet sunumu sırasında gerekse hizmet sunumundan sonra hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri

çok güçtür. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, daha çok sağlık bakım personelinin bakış açısı içerisinde kalmaktadır. Çünkü bu bilgiler tüketici toplumu tarafından bilinmemektedir (Devebakan; 2005: 22).

2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri ile ilgili Avedis Donabedian, Maxwell, Ovretveit, Amerikan Tabipler Birliği ve ABD Tıp Enstitüsü'nün tanımlarına yer verilecektir.

2.7.1. Avedis Donabedian'nın Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı

Avedis Donabedian (1990), sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri 7 ana başlıkta toplamıştır. Bu değişkenler, hizmetlerin kaliteli olup olmadığını ortaya koymada yol gösteren temel özellikler olarak kabul edilebilir. Donabedian'ın (1990) ortaya koyduğu yedi kalite özelliği (pillars) aşağıda açıklanmıştır (Kavuncubaşı; 2000: 273–276).

- a) **Etkenlik: (Efficiency):** Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir. Başka bir anlatımla etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini yani, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği şeyleri içermektedir.
- b) **Etkililik: (Effectiveness):** Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir. Etkililik, verilen hizmetlerin, ideal (en iyi) hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik esas alınarak ölçülür.

- c) **Verimlilik: (Efficiency):** Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirilmesinde öncelikli olarak hizmetin etkililiği üzerinde durulmalıdır. Etkililik kavramı, insan hayatı ile yakından ilişkilidir. Bununla birlikte, yönetsel rasyonalite açısından benimsenmesi gereken temel ilkelerden birincisi, en iyi (etkili) hizmetin en az maliyetle üretilmesidir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir.
- d) **Optimal Olma (Optimality):** Optimallik, kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.
- e) **Kabul Edilebilirlik (Acceptability):** Kabul edilebilirlik, verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Bir hizmetin kabul edilebilir olması için;
- 1) Hastaların hizmetlere kolay ulaşabilmesi ve hizmetleri kullanabilmesi,
 - 2) Hizmet veren personelin hastalara karşı duyarlı olması; hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi,
 - 3) Hizmet ortamının rahatlatıcı ve güven verici olması,
 - 4) Hizmetlerin etkili ve ucuz olması gerekmektedir.
- f) **Yasalılık (Legitimacy):** Yasallık, verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilebilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlere uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.
- g) **Eşitlik (Equity):** Eşitlik, tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık, yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

2.7.2. Maxwell'in Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı

Maxwell'e göre kalitenin altı boyutu bulunmaktadır. Kaliteyi tanımlamaya yardım edecek sorular şunlardır (Kaya; 2005: 13).

- a) **Etkililik:** Verilen tedavi teknik anlamda verilecek en iyi tedavi midir? Bunun kanıtı nedir? Tedavinin genel olarak sonucu nedir?
- b) **Kabul Edilebilirlik:** Verilen tedavi ve hizmet ne kadar sevecen ve saygılı olarak verilmektedir? Hastalar bunun hakkında ne düşünüyor? Gözlemci bir üçüncü taraf onun hakkında ne düşünürdü (“en yakınlarım ve en sevdiğim kişiler olsa ne hissederdim”)? Hizmet nasıl bir yerde sunuluyor? Mahremiyet ve gizlilik korunuyor mu?
- c) **Verimlilik:** Belirli bir girdiden maksimum çıktı elde ediliyor mu ya da belirli bir düzeydeki çıktı için minimum girdi kullanılıyor mu? Birim maliyet, aynı tedavi/hizmetin başka yerlerdeki birim maliyeti ile karşılaştırıldığında nasıl?
- d) **Erişilebilirlik:** İnsanlar ihtiyaç duyduğunda bu tedavi/hizmeti alabiliyor mu? Hizmette belirlenebilir herhangi bir engel var mı (örneğin, uzaklık, ödeme gücünün olmaması, bekleme listeleri ve bekleme süreleri) ya da hizmet sunumu açıkça kesintiye uğruyor mu?
- e) **Hakkaniyet:** Bu hasta ya da hasta grubu diğerlerine göre adil olarak tedavi ediliyor mu? Hakkaniyette belirlenebilir başarısızlıklar var mı (örneğin, bazılarının kendi görüşlerine göre daha az iyi veya uygun davranılıyor mu)?
- f) **Uygunluk:** Bir bütün olarak toplumun ihtiyaçları ve istekleri hesaba katıldığında, hizmetlerin genel modeli ya da dengesi yapılabilecek olanın en iyisi mi?

2.7.3. Ovretveit’in Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı

Ovretveit sağlık hizmetlerinde kaliteyi “hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, tamamen karşılamak olarak” olarak tanımlamaktadır.

Ovretveit’e göre sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır (Kaya; 2005: 13,14).

- a) **Müşteri Kalitesi:** Müşterilerin (clients: hizmetten doğrudan yararlananlar) ve (varsa) onlara bakanların, hizmetin kendilerine istedikleri ve bekledikleri şeyleri verme derecesi hakkındaki görüşleridir.
- b) **Profesyonel Kalite:** Hizmetlerin profesyonel hizmet sunucuları ile sevk edenler tarafından belirlenen müşteri ihtiyaçlarını karşılama derecesi ve ihtiyaçları karşılamak için gerekli olduğuna inanılan profesyonel prosedürler ve yöntemlerin kullanılma derecesi hakkında, profesyonellerin yargısıdır. Başka bir deyişle, profesyonellere göre, değerlendirmelerin ve tedavilerin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ve gereken sonuçları üretip üretmediğidir.
- c) **Yönetim Kalitesi:** Müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için, kaynakların daha yüksek otoriteler/satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, verimli ve prodüktif olarak kullanımıdır. Müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak hizmet sunum sürecinin, tekrarlama, hata ve israf olmaksızın, kaynakları en verimli şekilde kullanmak üzere tasarlanıp tasarlanmadığı, işletilip işletilmediğidir.

2.7.4. Amerikan Tabipler Birliğinin Tanımı

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association- AMA) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet olarak tanımlamışlardır. Esasen bu tanım, sürekli olarak uygun hasta sonuçlarıyla ilgili olan hizmeti nitelendirir. Tanım sonucu etkileyecek diğer değişkenler (örneğin hastaların yaşı, cinsiyeti, yaşam koşulları, hastalığa karşı tutumu, hastalığın şiddeti vs.) uygun şekilde ölçülüp etkisiz hale getirildiğinde, hastanın elde ettiği sonucun, sağlık profesyonellerinin kendi becerileri ile hastanın yararına teknolojinin kullanımını birleştirmelerinin etkililik derecesini yansıttığını kabul eder.

Birlik uygun sonuçlara ilaveten, yüksek kaliteli hizmeti belirlemede kullanılabilecek birkaç önemli öge bulunduğuna inanır. Bunların hepsinin başarılı hasta sonuçlarıyla önemli bir ilişkisi vardır, fakat bu tür sonuçlardan bağımsız olarak değerlendirilebilirler. Bu yüzden “yüksek kaliteli hizmet” (Kaya; 2005: 14):

- a) Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve zihinsel performansında ve rahatlığında mümkün olan en kısa sürede optimal iyileşme sağlamalıdır.
- b) Sağlık düzeyinin yükseltilmesine, hastalık ya da işgöremezliğin önlenmesine ve bu tür durumların erken teşhisi ve tedavisine önem vermelidir.
- c) Hizmetin başlamasında gereksiz gecikme, hizmette uygun olmayan kesilme, süreksizlik (discontinuity) veya gereğinden fazla uzama olmaksızın zamanında sunulmalıdır.
- d) Hizmet sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda, bilgilendirilmiş hastanın işbirliğini ve katılımını sağlamaya çalışmalıdır.
- e) Tıp biliminin kabul edilmiş prensiplerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmalıdır.
- f) Hastalığın yaratabileceği strese, anksiyeteye ve hastanın tümüyle iyiliğine karşı duyarlı olarak sunulmalıdır.
- g) İstenilen tedavi amacına ulaşmak için gereken teknoloji ve diğer sağlık bakım sistemi kaynaklarını verimli kullanılmalıdır.
- h) Hizmetin sürekliliğini ve aynı meslekten kişilerin değerlendirme yapabilmesini sağlamak için, hastanın tıbbi kayıtlarında yeterince belgelenmiş olmalıdır (Kaya 2005: 14-15).

2.7.5. ABD Tıp Enstitüsü'nün Sağlık Hizmeti Kalite Tanımı

ABD Tıp Enstitüsü'ne göre sağlık hizmetleri aşağıda belirtilen altı özelliği taşımaktadır (Institute Of Medicine; 2001: 5).

- a) **Güvenlik:** Hastalar kendilerine olumlu katkıda bulunacak sağlık hizmetinin olumsuz yönlerinden korunmalıdırlar.
- b) **Etkililik:** Fayda görebilecek herkese bilimsel bilgiye dayanan hizmet verilmesi; fayda görme olasılığı olmayanlara hizmet vermekten kaçınılması (hizmetlerin gereksiz ve yetersiz kullanımından kaçınılmalıdır).

- c) **Hasta Merkezlik:** Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesidir. Hasta değerleri bütün klinik kararlara rehberlik etmelidir.
- d) **Zamanlılık:** Hizmet alanların ve hizmet verenlerin bekleme sürelerinin ve zararlı olan gecikmelerin azaltılması gerekir.
- e) **Verimlilik:** Donanım araç-gereç, fikirler ve enerji dahil israftan kaçınılmalıdır. Kaynak israfı azaltılmalıdır.
- f) **Adalet:** Cinsiyet, etnik durum, coğrafik yerleşim ve sosyo-ekonomik durum gibi kişisel özelliklere göre kalitesi değişmeyen hizmet verilmesi. Sağlık statüsündeki ırk ve etnik duruma bağlı farklılıklar azaltılmalıdır.

Bir sağlık sistemi yukarıda açıklanan altı boyutun önemli kısmını başardıkları takdirde hasta ihtiyacını daha yüksek düzeyde karşılamış olacaktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine olan etkilerini çalışanların perspektifiyle ortaya koymaktır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Ankara ilinde bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (ANEAH) 2004 yılından önce çalışmaya başlamış ve anket çalışmasının başladığı sırada çalışmaya devam etmekte olan hastane yöneticileri ile kliniklerde çalışan sağlık personelinin oluşmaktadır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi 2004 yılının ikinci yarısından sonra uygulanmaya başlamıştır. Çalışanların bu konuyla ilgili sağlıklı değerlendirmede bulunabilmeleri için bu uygulamadan en az altı ay önce kurumda çalışmış olma kriteri konmuştur.

Araştırmanın yapıldığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara'nın en eski sağlık kuruluşudur. 1800'lü yılların ikinci yarısında "Gureba Hastanesi" ismi ile hizmet veren hastane 1924 yılında çıkarılan bir yasa ile "Ankara Numune Hastanesi" ismini almıştır.

1935 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca Numune Hastanesi'nde çalışmak üzere Alman profesörler atanmıştır. Bu gelişme hastanenin bilimsel gelişimine büyük katkıda bulunmuştur. 1945 yılında açılan "Ankara Tıp Fakültesinin kuruluş yıllarındaki çalışmalarında: konularında uzman bazı hekimler öğretim üyesi olarak görevlendirilmiş, hastanenin bazı klinikleri Tıp Fakültesi'ne devredilmiştir.

Tek bir taş binadan bugünkü bina kompleksi haline gelen hastanenin gelişmesi 1990'lı yıllarda ivme kazanarak Türkiye genelinde örnek olmuştur. Bilimsel gelişme, eğitim ve hizmet üçlüsünün önem kazandığı hastane 1998 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ismini almıştır.

Türk tıbbına 1881 yılından bu yana hizmet etmekte olan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakanlığı'nın en büyük hizmet ve eğitim

hastanesidir. Eğitim, araştırma ve hizmet sorumluluklarını birlikte yürüten hastane aynı zamanda referans hastanesi olarak birçok konuda "hakemlik hizmetini" de yerine getirmektedir (<http://www.anh.gov.tr>).

Araştırmanın evrenini oluşturan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin görev unvanları ve görev yaptıkları alanlara göre dağılımı Tablo 3.1’de verilmiştir. Araştırmada örneklem seçilmeyip evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır.

Tablo 3.1. Araştırma Evrenini Oluşturan Personelin Görev Unvanlarına Ve Görev Yaptıkları Alana Göre Dağılımı

		Sayı	Yüzde
	İdari Birimler		
1	Başhekim / Başhekim Yard.	14	3,27
2	Müdür / Müdür Yard.	12	2,80
3	Başhemşire / Başhemşire Yard.	10	2,34
	Klinikler		
4	Klinik Şef / Şef Yardımcısı	85	19,86
5	Uzman Hekim	113	26,40
6	Asistan	4	0,93
7	Pratisyen Hekim	5	1,17
8	Sorumlu Hemşire	44	10,28
9	Hemşire	70	16,36
10	Ebe	42	9,81
11	Sağlık Memuru	16	3,74
12	Fizyoterapist	7	1,64
13	Psikolog	6	1,40
	Toplam	428	100,00

Hastanede 10'u cerrahi, 14'ü dahili olmak üzere toplam 24 değişik branşta hizmet verilmektedir. Hastanedeki klinik sayısı ise 55'tir bunların 24'ü dahili ve 31'i cerrahi kliniklerdir.

3.3. Sınırlılıklar

Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin idari birimlerinde çalışan hastane yöneticileri ve kliniklerde çalışan sağlık personeli kapsamaktadır. Bu çalışanlar arasından kurumda 2004 yılından önce çalışmaya başlamış olanlar seçilmiştir.

Ameliyathane, recovery room (ameliyathane sonrası bakım birimi), yoğun bakımlar, görüntüleme birimleri, merkez biyokimya, kan alma ünitesi, hemodiyaliz ünitesi, kateter laboratuvarı, arşiv, semt poliklinikleri, otoklav, depo ve spanç ünitesinde çalışan sağlık personeli çalıştıkları birimlerin özellikleri nedeniyle homojenliği bozmaları ve tedavi sürecinin büyük kısmında yer almamaları sebebiyle araştırma evreni dışında tutulmuştur.

Araştırmada klinik şef ve yardımcılarının büyük çoğunluğu işlerinin yoğunluğunu gerekçe göstererek anket çalışmasına katılmayı kabul etmemişlerdir. Bu grupta yeterli cevaplama oranına ulaşılamamıştır. Bu grubun geneli ile ilgili doğru bilgi vermeyeceği için klinik şef ve yardımcılarının gelen anketler (6 adet) değerlendirmeye alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket soruları literatür araştırması yapılarak, benzer konudaki araştırma sorularından ve araştırma danışmanının görüşlerinden faydalanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde, Çalışanların Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hizmet kalitesine etkisi hakkındaki değerlendirmelerini belirleyen ifadeler; ikinci bölümde ise, çalışanlarla ilgili demografik bilgiler yer almaktadır (Ek 1).

Anketin Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanabilmesi için 28.12.2009 tarihinde Ankara Valiliğinden izin alınmış ve 04.01.2010-16.01.2010 tarihleri arasında anketin ön uygulaması Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Ankette anlaşılmayan sorular anlaşılır hale getirilerek veri toplamaya uygun hale getirilmiştir.

Araştırma katılımcıların bağlı olduğu Bakanlığın uygulamasıyla ilgili değerlendirme içerdiğinden ankete katılımcıların isim yazmaları istenmemiş ve anketin yalnızca araştırmanın amacı doğrultusunda kullanılacağı, kişisel değerlendirmelerde kullanılmayacağı özellikle ifade edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 25.01.2010 tarihinde toplanmaya başlanmıştır. Hastanenin personel şubesinden araştırma kriterlerini (Kurumda 2004 yılından önce çalışmaya başlamış ve araştırmanın yapıldığı sırada çalışmaya devam etmesi ve hastanenin idari hizmetlerde çalışan hastane yöneticisi veya kliniklerde çalışan sağlık personeli olması) karşılayan personelin; isim, görev unvanı, çalıştığı birim, kuruma giriş tarihi bilgileri elde edilmiştir. Böylece, hangi birimde kimlere anket uygulanacağı önceden tespit edilmiştir.

Tespit edilen kişilere çalıştığı süre içerisinde iş yoğunlukları da göz önünde bulundurularak yoğunluğun az olduğu saatlerde yüz yüze görüşmek suretiyle anket uygulanmıştır.

Kliniklerde anket uygulamasında her birimin sorumlu hemşiresiyle öncelikle yüz yüze görüşmek suretiyle katılımcılara ulaşmak için destek sağlanmıştır. Çalışma saatleri de göz önünde bulundurularak yoğunluğun az olduğu saatlerde, hemşire, asistan, psikolog, fizyoterapist, pratisyen hekim, uzman hekim, klinik şefi/şef yardımcısı, başhemşire/başhemşire yardımcısı, hastane müdürü/ müdür yardımcısı ve başhekim/başhekim yardımcısı odalarına gidilerek anket çalışması hakkında bilgi verilmiştir. Bilgi verildikten sonra personelin anketi cevaplamaları istenmiştir. Nöbet usulü çalışanların çalıştığı günler tespit edilerek nöbette olduğu gün yüz yüze görüşmek suretiyle anket çalışması yapılmıştır.

Katılımcıların büyük kısmı görüşmenin yapıldığı sırada anketi cevaplamışlardır. Küçük bir kısım da daha sonra teslim etmek üzere anketi cevaplamayı kabul etmişlerdir. Bu şekilde anketi cevaplamayı kabul edenlerin anket konusunda herhangi bir soruları olması halinde araştırmacıya telefon ya da e-posta yoluyla ulaşabilecekleri belirtilmiştir.

Anket çalışması 30.04.2010 tarihinde tamamlanmıştır. Bu çalışmada dağıtılan ve cevaplanan anket sayı ve yüzdeleri Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo: 3.2. Dağıtılan ve Cevaplanan Anket Sayı ve Yüzdeleri

Görev Unvanı	Dağıtılan Anket		Cevaplanan Anket		Cevap Alma Yüzdesi
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Başhekim / Başhekim Yard.	14	3,27	9	4,13	64,29
Müdür / Müdür Yard.	12	2,80	10	4,59	83,33
Başhemşire / Başhemşire Yard.	10	2,34	8	3,67	80,00
*Klinik Şef / Şef Yardımcısı	85	19,86	6	2,75	7,06
Uzman Hekim	113	26,40	50	22,94	44,25
Asistan	4	0,93	3	1,38	75,00
Pratisyen Hekim	5	1,17	3	1,38	60,00
Sorumlu Hemşire	44	10,28	27	12,39	61,36
Hemşire	70	16,36	52	23,85	74,29
Ebe	42	9,81	30	13,76	71,43
Sağlık Memuru	16	3,74	13	5,96	81,25
Fizyoterapist	7	1,64	4	1,83	57,14
Psikolog	6	1,40	3	1,38	50,00
Toplam	428	100,00	218	100,00	50,93

* Değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 3.2’de verilen bilgiler ışığında araştırmada evrenin (428 kişi) %50,93’ü anketi cevaplamışlardır. Değerlendirmeye alınan gruplardan en yüksek katılım (% 83) hastane müdür/müdür yardımcısı, en düşük katılım (% 44) uzman hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Yukarıda da açıklandığı üzere araştırma 2004 yılından önce çalışanları kapsamaktadır. Bu süre içerisinde asistanlar genellikle asistanlık eğitimini tamamlayıp kurumdan ayrıldıkları için çok az sayıda asistan (4 kişi) araştırmaya dahil edilebilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS 16.0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel olarak daha fazla anlamlı sonuç elde etmek için ankette yer alan “azaldı” ve “çok azaldı” seçenekleri “azaldı” olarak, “arttı” ve “çok arttı” seçenekleri “arttı” olarak birleştirilmiştir. Ankette yer alan “fikrim” yok seçeneği çalışanları arttı azaldı ve değişmedi seçeneklerinden herhangi birine yöneltmemek amacıyla konulmuştur bu yüzden bu seçenek o soruya yönelik bir fikir ortaya koymadığı için analize dahil edilmemiştir.

Gruplar arasında fark olup olmadığı, Pearson ki-kare ve Olabilirlik oranı (Likelihood ratio) ki-kare testleriyle incelenmiştir. Elde edilen çapraz tablolarda beklenen değer 5’in altında olan göze, toplam gözelerin %20’sinden az ise Pearson ki-kare, üzerinde ve çapraz tabloda 0 “sıfır” göze yoksa Olabilirlik oranı ki-kare testi ile değerlendirilir (Agresti; 2007: 156). İki den fazla olan gruplar arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için tüm gruplar ki-kare testiyle ikili karşılaştırılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha = 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, anketin uygulamasından elde edilen bulgular ve bu bulgulara ilişkin tartışmalara yer verilmiştir. Çalışanların ankette yer alan ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hizmet kalitesine etkisi ile ilgili 32 sorunun her birine verdiği cevaplar; pozisyonlarına, görev alanlarına, cinsiyetlerine ve hizmet sürelerine göre incelenmiştir. Çalışanların kişisel ve mesleki özellikleri Tablo 4.1’de verilmektedir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Özellikler	Gruplar	Sayı
Unvan	İdari Personel	27
	Hekim	56
	Hekim Dışı Sağlık Personeli	129
Alan	İdari Birimler	27
	Cerrahi Birimler	107
	Dahili Birimler	75
	Özel Servis (Dahili-Cerrahi)	3
Cinsiyet	Kadın	153
	Erkek	59
Hizmet Süresi	5-9 Yıl	55
	10-14 Yıl	56
	15-19 Yıl	49
	20 Yıl ve Üzeri	52

Araştırmada, unvanları açısından katılımcılar; idari personel (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhemşire ve başhemşire yardımcısı), hekim (uzman hekim, asistan ve pratisyen hekim) ve hekim dışı sağlık personeli (sorumlu hemşire, hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog ve fizyoterapist) olarak gruplandırılmıştır.

Çalışılan alan bakımından idari birimlerde çalışanlar, cerrahi birimlerde çalışanlar, dahili birimlerde çalışanlar ve özel serviste çalışanlar olarak

gruplandırılmıştır. Ancak özel serviste çalışan üç kişi hem dahili hem cerrahi hastalara bakmaları nedeniyle dahili veya cerrahi gruba dahil edilmemiştir. Alan açısından özel serviste çalışanların bir grup olmaları durumunda sayılarının az olacağı göz önünde bulundurularak bu grup çalışılan alan açısından değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Diğer değişkenler açısından değerlendirmeye katılmışlardır.

Değerlendirmede kullanılan değişkenlerden biri de cinsiyettir. Sorulara verilen cevapların cinsiyete göre fark edip etmediği incelenmiştir.

Bir diğer değişken de çalışma süresidir. Katılımcılar hizmet süresi bakımından 5–9, 10–14, 15–19, 20 yıl ve üzeri olarak gruplandırılarak değerlendirmeye tabi tutulmuşlardır.

Yukarıda açıklanan bilgiler ışığında anket çalışmasında kullanılan 32 soru katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerine göre (unvan, alan, cinsiyet ve hizmet süresi) tartışılacaktır. Her soruya verilen cevaplar bu değişkenler bakımından ayrı ayrı değerlendirilecektir.

Tablolarda çalışanların kişisel ve mesleki özelliklerine göre verdikleri cevaplar bakımından yüzde değeri en yüksek olanlar koyu (bold) olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.2’de PDEÖS uygulaması öncesine göre ‘‘hastaların muayene için beklediği sürenin’’ çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.2. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Süre

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							-	-
İdari Hizmetler	12	48,0	13	52,0	0	0,0		
Hekim	26	46,4	29	51,8	1	1,8		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	85	67,5	35	27,8	6	4,8		
Alan							-	-
İdari Birimler	12	48,0	13	52,0	0	0,0		
Cerrahi Birimler	65	61,3	38	35,8	3	2,8		
Dahili Birimler	43	58,9	26	35,6	4	5,5		
Cinsiyet							2,753	0,252
Kadın	88	58,7	55	36,7	7	4,7		
Erkek	35	61,4	22	38,6	0	0,0		
Hizmet Süresi							3,384*	0,759
5-9 Yıl	33	63,5	17	32,7	2	3,8		
10-14 Yıl	31	55,4	23	41,1	2	3,6		
15-19 Yıl	26	53,1	22	44,9	1	2,0		
20 Yıl ve Üzeri	33	66,0	15	30,0	2	4,0		
Toplam	123	59,4	77	37,2	7	3,4		

*Olabilirlik Oranı Ki-Kare Testi

Bekleme süreleri, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin bir göstergesidir. Erişilebilirlik Maxwell'e göre kalitenin altı boyutundan birisidir. Donabedian'a göre ise "kabul edilebilirlik" özelliğinin tanımlayıcı bir ögesidir (Kaya; 2005: 9,13). ABD Tıp Enstitüsü de sağlık hizmetlerinin zamanında verilmesi, beklemenin ve gecikmelerin azaltılması gerektiğini belirtmektedir (Intitute of Medicine; 2001: 6). Bu bölümde ilk dört tablo erişilebilirlik açısından değerlendirilecektir.

Genel olarak katılımcıların yarısından fazlası (%59,4) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların muayene için beklediği sürelerin azaldığını belirtmiştir. Çalışanların bu görüşü kişisel ve mesleki özelliklerine göre fark göstermemektedir.

PDEÖS uygulaması ile birlikte hastaların muayene için beklediği sürenin azalması beklenen bir durumdur. Hekimlerin/hastanelerin gelirlerini artırmak amacıyla daha fazla poliklinik hizmeti verme isteğinin hastaların muayene için beklediği sürelerde kısaltmaya neden olduğu söylenebilir.

Erişilebilirlik açısından önemli konulardan birisi de hastaların tetkik için beklediği sürelerdir. Tablo 4.2’de PDEÖS uygulaması öncesine göre “hastaların tetkik için beklediği sürenin” çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.3. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tetkik İçin Beklediği Süre

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							11,414*	0,022
İdari Hizmetler	14	51,9	12	44,4	1	3,7		
Hekim	42	79,2	10	18,9	1	1,9		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	86	67,2	29	22,7	13	10,2		
Alan							9,230	0,056
İdari Birimler	14	51,9	12	44,4	1	3,7		
Cerrahi Birimler	71	67,0	24	22,6	11	10,4		
Dahili Birimler	54	75,0	15	20,8	3	4,2		
Cinsiyet							1,708	0,426
Kadın	101	67,3	36	24,0	13	8,7		
Erkek	41	70,7	15	25,9	2	3,4		
Hizmet Süresi							8,711*	0,191
5-9 Yıl	36	66,7	12	22,2	6	11,1		
10-14 Yıl	35	63,6	13	23,6	7	12,7		
15-19 Yıl	34	70,8	13	27,1	1	2,1		
20 Yıl ve Üzeri	37	72,5	13	25,5	1	2,0		
Toplam	142	68,3	51	24,5	15	7,2		

*Olabilirlik Oranı Ki-Kare Testi

Tablo 4.3'teki sonuçlar incelendiğinde unvana göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığı yaratan grup idari hizmetlerde çalışanlardır. En büyük farklılık idari hizmetlerde çalışanlarla kliniklerde çalışan hekimler arasındadır ($\chi^2=6,228$, $p=0,044$). Alan, cinsiyet ve hizmet süreleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu tablodaki sonuçlar bir bütün olarak ele alındığında katılımcıların yarıdan çoğu (%68,3), PDÖS uygulaması öncesine göre hastaların tetkik için beklediği sürelerde kısalma olduğunu ifade etmiştir. Kalite açısından hastaların tetkik için beklediği sürenin kısalmış olması istendik bir durumdur. Bu açıdan performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastaların tetkik için beklediği süreyi kısalttığı söylenebilir.

Tablo 4.4'te PDEÖS uygulaması öncesine göre “hastaların hastaneye yatmak için beklediği sürenin” çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.4. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Süre

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							-	-
İdari Hizmetler	19	70,4	8	29,6	0	0,0		
Hekim	42	76,4	10	18,2	3	5,5		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	88	69,8	30	23,8	8	6,3		
Alan							-	-
İdari Birimler	19	70,4	8	29,6	0	0,0		
Cerrahi Birimler	76	71,7	25	23,6	5	4,7		
Dahili Birimler	51	70,8	15	20,8	6	8,3		
Cinsiyet							1,197	0,550
Kadın	108	72,5	32	21,5	9	6,0		
Erkek	41	69,5	16	27,1	2	3,4		
Hizmet Süresi							11,592*	0,072
5-9 Yıl	41	77,4	10	18,9	2	3,8		
10-14 Yıl	32	57,1	22	39,3	2	3,6		
15-19 Yıl	37	77,1	8	16,7	3	6,2		
20 Yıl ve Üzeri	39	76,5	8	15,7	4	7,8		
Toplam	149	71,6	48	23,1	11	5,3		

*Olabilirlik Oranı Ki-Kare Testi

Erişilebilirlik açısından önemli konulardan birisi de hastaların hastaneye yatmak için beklediği sürelerin uzunluğudur. Hasta için önemli olan, ihtiyaç duyulduğunda hastanın herhangi bir engellemeye uğramadan hastaneye zamanında yatışın yapılarak tedavisinin gerçekleşmesidir.

Hastaların hastaneye yatmak için beklediği süre ile ilgili görüşleri personelin unvan, görev alanı, cinsiyet ve hizmet süresine göre fark göstermemektedir. Tüm katılımcıların büyük çoğunluğu (%71,6) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların hastaneye yatmak için beklediği sürelerin kısaldığını ifade etmişlerdir.

Türk Tabipleri Birliğinin yapmış olduğu bir araştırmada hekimlerin büyük çoğunluğu (%64,0) performansa dayalı ek ödemeyle birlikte hastaneye yatırılan hasta

sayısında artış olduğunu ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009). Bu iki sonuç da yatırılan hasta sayısının artmış olduğu göstermektedir. Yatırılan hasta sayısının artması gereksiz yere yatışlardan kaynaklanmış olabilir.

Tablo 4.5'te PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların ameliyat olmak için beklediği sürenin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.5. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Ameliyat Olmak İçin Beklediği Süre

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							-	-
İdari Hizmetler	19	70,4	8	29,6	0	0,0		
Hekim	38	79,2	7	14,6	3	6,3		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	88	73,3	29	24,2	3	2,5		
Alan							-	-
İdari Birimler	19	70,4	8	29,6	0	0,0		
Cerrahi Birimler	71	68,9	26	25,2	6	5,8		
Dahili Birimler	53	84,1	10	15,9	0	0,00		
Cinsiyet							3,626*	0,163
Kadın	104	75,9	31	22,6	2	1,5		
Erkek	41	70,7	13	22,4	4	6,9		
Hizmet Süresi							7,779*	0,255
5-9 Yıl	39	83,0	7	14,9	1	2,1		
10-14 Yıl	33	62,3	18	34,0	2	3,8		
15-19 Yıl	37	80,4	7	15,2	2	4,3		
20 Yıl ve Üzeri	36	73,5	12	24,5	1	2,0		
Toplam	145	74,4	44	22,6	6	145		

*Olabilirlik Oranı Ki-Kare Testi.

Erişilebilirlik açısından önemli konulardan birisi de hastaların ameliyat olmak için beklediği sürenin uzunluğudur. Hastaların ameliyat için beklediği sürenin uzunluğu sağlık hizmetlerinde kalite açısından önemli faktörlerden birisidir.

Hastaların ameliyat için kabulünün yapılabilmesi, bu talebin ertelenmemesi, zamanında ameliyatının yapılması tedavinin başarılı olabilmesi için önemlidir.

Tablo 4.5'teki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların kişisel ve mesleki özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde ise, katılımcıların büyük çoğunluğu (%74,4) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların ameliyat olmak için beklediği sürelerin azaldığını ifade etmişlerdir. İlk dört tablo (Tablo 3.4, 3.5, 3.6, 3.7) incelendiğinde bekleme sürelerinin kısaldığı görülmektedir. Performansa dayalı ödemenin özendirici yönünün sağlık hizmeti arzını artırarak bekleme sürelerinde kısaltmaya neden olduğu söylenebilir. Bekleme sürelerinin kısalmış olması erişilebilirlik açısından olumlu bir gelişmedir.

Tablo 4.6'da PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta başına düşen muayene süresinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.6. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Başına Düşen Muayene Süresi

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							-	-
İdari Hizmetler	15	55,6	12	44,4	0	0,0		
Hekim	30	53,6	22	39,3	4	7,1		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	83	66,4	35	28,0	7	5,6		
Alan							-	-
İdari Birimler	15	55,6	12	44,4	0	0,0		
Cerrahi Birimler	59	55,1	37	34,6	11	10,3		
Dahili Birimler	52	73,2	19	26,8	0	0,0		
Cinsiyet							0,062	0,969
Kadın	93	62,0	49	32,7	8	5,3		
Erkek	35	60,3	20	34,5	3	5,2		
Hizmet Süresi							-	-
5-9 Yıl	37	68,5	15	27,8	2	3,7		
10-14 Yıl	30	54,5	19	34,5	6	10,9		
15-19 Yıl	33	68,8	15	31,2	0	0,0		
20 Yıl ve Üzeri	28	54,9	20	39,2	3	5,9		
Toplam	128	61,5	69	33,2	11	5,3		

Hasta başına düşen muayene süresi kabul edilebilirliğin bir göstergesidir. Maxwell'e göre kabul edilebilirlik kalitenin altı boyutundan birisidir (Kaya; 2005: 13).

Hastanın rahatlığı, konforu, gizliliği için ortam hazırlanabilmesi, muayenesinin acele etmeden yapılması ve hastanın kendini ifade etmesine imkan verilmesi için hastaya muayene sırasında yeterli zaman ayırmak gerekir.

Tablo 4.6'daki sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerine göre anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Tüm sonuçlar birlikte ele alındığında ise katılımcıların yarısından fazlası (%61,5) PDEÖS uygulamasına öncesine göre muayene için ayrılan sürenin azaldığını ifade etmişlerdir.

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) yapmış olduğu benzer çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu (%72,1) PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta başına düşen muayene süresinin azaldığını ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009).

Hastaların muayene için ve hastaneye yatmak için beklediği sürenin kısalmış olduğu göz önüne alındığında, hekimlerin daha fazla hasta muayene etmek amacıyla hastalara ayırdığı sürenin kısaldığı sonucuna varılabilir. Hizmet kalitesi açısından muayene sırasında hastaya ayrılan sürenin kısalmış olması olumsuz bir durumdur.

Tablo 4.7'de PDEÖS uygulaması öncesine göre sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri göz önünde bulundurmasının çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.7. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık Hizmeti Sunanların Tetkik Ve Tedavilerde Maliyetleri Göz Önünde Bulundurması

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan								
İdari Hizmetler	5	18,5	13	48,1	9	33,3	5,652	0,227
Hekim	9	16,1	17	30,4	30	53,6		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	15	12,6	56	47,1	48	40,3		
Alan								
İdari Birimler	5	18,5	13	48,1	9	33,3	13,299	0,010
Cerrahi Birimler	7	6,8	41	39,8	55	53,4		
Dahili Birimler	16	23,2	30	43,5	23	33,3		
Cinsiyet								
Kadın	20	14,0	66	46,2	57	39,9	2,691	0,460
Erkek	9	15,3	20	33,9	30	50,8		
Hizmet Süresi								
5-9 Yıl	7	13,2	20	37,7	26	49,1	13,467	0,036
10-14 Yıl	9	16,7	14	25,9	31	57,4		
15-19 Yıl	7	14,9	25	53,2	15	31,9		
20 Yıl ve Üzeri	6	12,5	27	56,2	15	31,2		
Toplam	29	14,4	86	42,6	87	43,1		

Maxwell'e göre kalitenin boyutlarından biri verimliliktir. Belirli bir girdiden maksimum çıktı elde edilebiliyor mu? Ya da belirli düzeydeki çıktı için minimum girdi kullanılıyor mu? Birim maliyet aynı tedavi/hizmetin başka yerlerdeki birim maliyeti ile karşılaştırıldığında nasıl? (Kaya; 2005:13).

Donabedian'a göre optimallik kalite boyutlarındabn birisidir. Optimallik, sağlıktaki iyileşmeleri, bu iyileşmelerin maliyeti ile dengelemektir. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve faydaları arasında “en iyi” ya da “optimum” bir nokta bulunduğu anlamına gelir. Bu noktanın altında, faydalara göre düşük maliyette daha fazla faydalar elde edilebilir, üzerinde ise faydalara göre daha fazla maliyette ilave faydalar elde edilebilir (Kaya; 2005:8).

Kaynakların sınırlı olması nedeniyle hastayı tedavi ederken minimum girdi kullanmak, sağlık kaynakların verimli kullanılması, verimli kullanılan kaynaklardan daha yüksek miktarda sağlık hizmeti üretilmesi kalite açısından önemlidir. Sağlık kaynaklarının verimli kullanılabilmesi için karar vericilerin ve kaynakları kullananların bilinçlendirilmesinin önemi büyüktür.

PDEÖS uygulaması öncesine göre sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri göz önünde bulundurması ile ilgili Tablo 4.7'deki sonuçlar değerlendirildiğinde görev yapılan alan ve hizmet süresi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Görev alanı açısından en büyük farklılık cerrahi birimler ile dahili birimler arasında olmuştur ($\chi^2=12,106$, $p=0,002$). Cerrahi birimlerde çalışanların yarısından biraz fazlası (%53,4) PDEÖS uygulaması öncesine göre maliyetlerin göz önünde bulundurmasının arttığını, dahili birimlerde çalışanların büyük çoğunluğu (%43,3) ise değişmediği yönde görüş bildirmişlerdir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri göz önünde bulundurmasına ilişkin görüşler, çalışanların hizmet sürelerine göre fark göstermektedir. Bu farklılık 10-14 yıl ile 15-19 yıl ($\chi^2=8,473$, $p=0,014$) ve 20 yıl ve üzeri ($\chi^2=9,969$, $p=0,007$) çalışan gruplardan kaynaklanmaktadır. 5-9 ve 10-14 hizmet süresi olan gruplarındaki katılımcıların çoğunluğu (%49,1 ve %57,4) PDEÖS uygulaması öncesine göre maliyetlerin göz önünde bulundurulduğu yönünde görüş bildirirken 15-19 ile 20 yıl ve üzeri katılımcıların çoğunluğu (%53,2 ve %56,2) PDEÖS uygulaması öncesine göre

maliyetlerin göz önünde bulundurulmasında değişiklik olmadığı yönünde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 4.7'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde, PDEÖS uygulaması öncesine göre maliyetlerin göz önünde bulundurulması arttı diyenler %43,1, değişmedi diyenler %42,6 azaldı diyenler %14,4 olmuştur. Bu bulgulardan bir ölçüde maliyetlerin göz önünde bulundurulmaya başlandığı ancak değişikliğin yüksek miktarda olmadığı sonucuna varılabilir.

Tablo 4.8'de PDEÖS uygulaması öncesine göre sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfının çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.8. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık Hizmetlerinin Üretiminde Kullanılan Kaynakların (Teçhizat, Araç-Gereç, Malzeme, Vb) İsrafı

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							2,834	0,586
İdari Hizmetler	2	7,4	15	55,6	10	37,0		
Hekim	9	17,0	20	37,7	24	45,3		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	19	15,1	53	42,1	54	42,9		
Alan							10,989	0,022
İdari Birimler	2	7,4	15	55,6	10	37,0		
Cerrahi Birimler	16	15,2	52	49,5	37	35,2		
Dahili Birimler	12	16,9	20	20,8	39	54,9		
Cinsiyet							1,552	0,460
Kadın	19	12,9	62	42,2	66	44,9		
Erkek	11	18,6	26	44,1	22	37,3		
Hizmet Süresi							12,441	0,028
5-9 Yıl	2	3,7	22	40,7	30	55,6		
10-14 Yıl	9	16,7	19	35,2	26	48,1		
15-19 Yıl	9	18,8	24	50,0	15	31,2		
20 Yıl ve Üzeri	10	20,0	23	46,0	17	34,0		
Toplam	30	14,6	88	42,7	88	42,7		

Daha önce de değinildiği üzere Maxwell verimlilik açısından belirli bir girdiden maksimum çıktı elde edilmesini, Donabedian da optimallik açısından sağlıktaki iyileşmeleri, bu iyileşmelerin maliyeti ile dengelenmesi gerektiğini savunur.

Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfı ile ilgili Tablo 4.8'deki sonuçlar değerlendirildiğinde görev yapılan alan ve hizmet süresi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Dahili birimlerde çalışanlarla idari ve cerrahi birimlerde çalışanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2= 6,595$, $p=0,037$ ve $\chi^2= 8,599$, $p=0,014$). Dahili birimlerde çalışanların çoğunluğu (%54,9) PDEÖS uygulaması öncesine göre kaynakların daha fazla israf edildiği yönünde görüş bildirirken cerrahi birimlerde çalışanlarla idari hizmetlerde çalışanların çoğunluğu durumun fazla değişmediği (%49,5 ve %55,56) yönünde görüş bildirmiş olmalarına karşın önemli bir kısım da (%35,2 , %37,0) kaynakların israf edildiği yönünde görüş bildirmişlerdir.

Hizmet süresi bakımından da gruplar arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır. 5-9 yıl çalışanlarla 15-19 ($\chi^2= 9,220$, $p=0,010$) ile 20 yıl ve üzeri çalışanlar ($\chi^2=8,810$, $p=0,012$) arasında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur. 5-9 yıl arasında çalışanların çoğu (%55,6) PDEÖS uygulaması öncesine göre kaynakların israfının arttığı şeklinde görüş bildirmişlerdir. 15-19 ile 20 yıl ve üzeri çalışanların çoğunluğu ise değişikliğin olmadığı (%50,0, %46,0) yönünde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 4.8'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde PDEÖS uygulaması öncesine göre kaynak israfının arttığı ve değişmediği yönündeki cevap oranları aynıdır (%42,7). Azaldı diyenlerin oranı ise çok düşüktür (%14,6). Bu sonuçlardan yola çıkarak performansa dayalı ödemeyle birlikte yüksek miktarda değilse de kaynakların israf edildiği sonucuna varılabilir. Optimallik ve verimlilik açısından olumsuz bir durumdur.

Bu tablodaki sonuçlar bir önceki tablodaki sonuçlarla karşılaştırıldığında, çalışanlar paket uygulamaya dahil olan işlemlerden mümkün olduğunca daha az yazma çabalarına karşın paket uygulama dışında kalan işlemler için aynı hassasiyeti göstermiyor olabilir. Buna karşın bir hekim kuruma karşılığı ödenmeyen bir işlem

yapsa dahi performans puanı aldığı için paket uygulama hekimi daha az tetkik yazmaya yönlendirmeyebilir. Bu iki sonuç, çalışanların bazı durumlarda maliyetleri göz önünde bulundururken bazı durumlarda da kaynak israfına neden olduğu söylenebilir.

Tablo 4.9’da PDEÖS uygulaması öncesine göre kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum, sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.9. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel Özellikler (Cinsiyet, Etnik Durum, Sosyo-Ekonomik Durum) Bakımından Fark Gözetilmeksizin, Bütün Hastalara Aynı Kalitede Hizmet Verilmesi

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							-	-
İdari Hizmetler	0	0,0	25	92,6	2	7,4		
Hekim	4	7,1	50	89,3	2	3,6		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	18	14,2	97	76,4	12	9,4		
Alan							-	-
İdari Birimler	0	0,0	25	92,6	2	7,4		
Cerrahi Birimler	11	10,4	86	81,1	9	8,5		
Dahili Birimler	11	14,9	58	78,4	5	6,8		
Cinsiyet							4,638	0,098
Kadın	20	13,2	119	78,8	12	7,9		
Erkek	2	3,4	53	89,8	4	6,8		
Hizmet Süresi							13,516*	0,036
5-9 Yıl	11	20,0	37	67,3	7	12,7		
10-14 Yıl	4	7,1	50	89,3	2	3,6		
15-19 Yıl	2	4,2	41	85,4	5	10,4		
20 Yıl ve Üzeri	5	9,8	44	86,3	2	3,9		
Toplam	22	10,5	172	81,9	16	7,6		

*Olabilirlik Oranı Ki-Kare Testi.

Eşitlik, tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir. (Kavuncubaşı; 2000: 276). Maxwell'e göre hakkaniyet kalite boyutlarından birisidir (Kaya; 2005:13). Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum, sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi hizmet kalitesinin artırılması açısından önemlidir.

Tablo 4.9'daki sonuçlar değerlendirildiğinde hizmet süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Diğer değişkenler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hizmet süresi bakımından 5–9 yıl çalışanlarla 10–14 ($\chi^2= 8,280$, $p=0,016$) ve 15–19 ($\chi^2= 6,323$ ve $p=0,042$) yıl çalışanlar arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Gruplar arasındaki anlamlı farklılığa karşın çalışılan yıl arttıkça verilen cevapların belirli yönde arttığını söylemek mümkün değildir.

Tablo 4.9'daki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde katılımcıların büyük kısmı (%81,9) PDEÖS uygulaması öncesine göre, kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum, sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi ile ilgili değişikliğin olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.10'da PDEÖS uygulaması öncesine göre hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.10. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalar Ve Sağlık Hizmeti Sunan Kişiler Arasındaki İlişkinin Kalitesi

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan								
İdari Hizmetler	6	22,2	17	63,0	4	14,8	9,199	0,056
Hekim	27	48,2	26	46,4	3	5,4		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	45	34,9	61	47,3	23	17,8		
Alan								
İdari Birimler	6	22,2	17	63,0	4	14,8	3,650	0,455
Cerrahi Birimler	39	36,4	51	47,7	17	15,9		
Dahili Birimler	31	41,3	35	46,7	9	12,0		
Cinsiyet								
Kadın	54	35,3	76	49,7	23	15,0	0,680	0,712
Erkek	24	40,7	28	47,5	7	11,9		
Hizmet Süresi								
5-9 Yıl	23	41,8	26	47,3	6	10,9	5,840	0,441
10-14 Yıl	20	35,7	27	48,2	9	16,1		
15-19 Yıl	14	28,6	30	61,2	5	10,2		
20 Yıl ve Üzeri	21	40,4	24	40,4	10	19,2		
Toplam	78	36,8	104	49,1	30	14,2		

Donabedian ve Maxwell'e göre kabul edilebilirlik kalite boyutlarından birisidir. Donabedian kabul edilebilirliğin faktörlerinden birisinin hasta-hizmet sunucusu ilişkisi olduğunu ifade etmektedir (Kaya; 2005: 9).

Tablo 4.10'daki sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların mesleki ve kişisel özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde ise, tüm katılımcıların yarısına yakını (%49,1) hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkinin kalitesinde değişme olmadığını ifade ederken, katılımcıların önemli bir kısmı (%36,8) da hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkinin kalitesinin azaldığı yönünde görüş bildirmişlerdir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesinde bir iyileşme olmadığı gibi çok ileri boyutta olmasa da olumsuz yönde değiştiği söylenebilir.

Tablo 4.11’de PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumunun çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.11. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hekimle Olan İletişimde Soruları Rahatça Sorma Ve Sorularına Cevap Bulma Durumu

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							8,194	0,085
İdari Hizmetler	7	25,9	17	63,0	3	11,1		
Hekim	29	51,8	21	37,5	6	10,7		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	56	44,1	48	37,8	23	18,1		
Alan							7,829	0,101
İdari Birimler	7	25,9	17	63,0	3	11,1		
Cerrahi Birimler	53	49,5	36	33,6	18	16,8		
Dahili Birimler	32	43,8	30	41,1	11	15,1		
Cinsiyet							10,483	0,005
Kadın	69	45,7	53	35,1	29	19,2		
Erkek	23	39,0	33	55,9	3	5,1		
Hizmet Süresi							4,465	0,614
5-9 Yıl	25	45,5	24	53,6	6	10,9		
10-14 Yıl	26	46,4	20	35,7	10	17,9		
15-19 Yıl	20	41,7	23	47,9	5	10,4		
20 Yıl ve Üzeri	21	41,2	19	37,3	11	21,6		
Toplam	92	43,8	86	41,0	32	15,2		

Kabul edilebilirlik (acceptability) Donabedian ve Maxwell’e göre kalite boyutlarından birisidir. Donabedian kabul edilebilirliğin faktörlerinden birisinin hasta-hizmet sunucusu ilişkisi olduğunu ifade etmektedir (Kaya; 2005: 9). Kabul

edilebilirlik açısından önemli bir nokta da hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulmasıdır.

Tablo 4.11'deki sonuçlar değerlendirildiğinde cinsiyet bakımından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Kadınların yarısına yakını (%45,7) hastaların soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu ile ilgili olumsuz yönde değişim olduğu yönünde görüş bildirmelerine karşın önemli bir kısmı da değişiklik olmadığı (%35,1) yönünde görüş bildirmişlerdir. Erkek katılımcıların yarısından fazlası (%55,9) ise değişiklik olmadığı yönünde görüş bildirmelerine karşın önemli bir kısım da (%39,0) olumsuz yönde değiştiği şeklinde görüş bildirmişlerdir. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Tablo 4.11'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde katılımcıların %43,8'i hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumunun olumsuz yönde değiştiği, %41'i de değişiklik olmadığı yönünde görüş belirtmişlerdir.

Kalite açısından hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulması ile ilgili olumlu yönde bir sonuç ortaya çıkması istenen bir durumdur. Hekimlerin ek ödeme almak amacıyla daha fazla hasta bakma ve hastanın daha çok tıbbi ihtiyaçlarına yönelmeleri nedeniyle hastalar ile iletişim için daha az zaman ayırdıkları söylenebilir. Hasta başına düşen muayene süresinin azalmış olması da bu sonucu destekler niteliktedir. Bu sonuçlardan hareketle performansa dayalı ek ödemenin olumsuz bir etkide bulunduğu söylenebilir.

Tablo 4.12'de PDEÖS uygulaması öncesine göre hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.) uygunluğunun çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.12. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hizmet Sunulan Ortamın Fiziki Şartlarının (Mahremiyet, Rahatlık, Temizlik, vb.) Uygunluğu

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan								
İdari Hizmetler	8	29,6	16	59,3	3	11,1	8,549	0,073
Hekim	4	7,1	45	80,4	7	12,5		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	29	22,5	82	63,6	18	14,0		
Alan								
İdari Birimler	8	29,6	16	59,3	3	11,1	3,434	0,488
Cerrahi Birimler	16	15,0	77	72,0	14	13,1		
Dahili Birimler	15	20,0	49	65,3	11	14,7		
Cinsiyet								
Kadın	32	20,9	101	66,0	20	13,1	0,882	0,643
Erkek	9	15,3	42	71,2	8	13,6		
Hizmet Süresi								
5-9 Yıl	13	23,6	36	65,5	6	10,9	7,313	0,293
10-14 Yıl	10	17,9	36	64,3	10	17,9		
15-19 Yıl	10	20,4	37	75,5	2	4,1		
20 Yıl ve Üzeri	8	15,4	34	65,4	10	19,2		
Toplam	41	19,3	143	67,5	28	13,2		

Kabul edilebilirlik açısından hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının (mahremiyet, rahatlık, temizlik vb) uygunluğu önemli bir unsurdur. Fiziki şartlar hem hekimin verimli bir şekilde çalışabilmesi hem de hastaların aldığı hizmetten memnun kalabilmesi için önemlidir.

Tablo 4.12'deki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların mesleki ve kişisel özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde ise katılımcıların büyük çoğunluğu (%67,5) PDEÖS uygulaması öncesine göre hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarında (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.) önemli bir değişiklik olmadığı yönünde görüş bildirmişlerdir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaları daha fazla çekebilmek için hastanelerin fiziki ortamlarında iyileştirme yapılması beklenebilir. Ancak fiziki şartların kısa sürede iyileştirilmesinin zorluğu sebebiyle bunun gerçekleştirilemediği sonucuna varılabilir.

Tablo 4.13'te PDEÖS uygulaması öncesine göre hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.13. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanenin Mevcut Koşulları Altında, Hastalara İhtiyacı Olan Hizmetlerin Verilme Derecesi

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							2,119	0,714
İdari Hizmetler	5	18,5	12	44,4	10	37,0		
Hekim	10	17,9	21	37,5	25	44,6		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	30	23,3	55	42,6	44	34,1		
Alan							0,804	0,938
İdari Birimler	5	18,5	12	44,4	10	37,0		
Cerrahi Birimler	21	19,6	44	41,1	42	39,3		
Dahili Birimler	18	24,0	31	41,3	26	34,7		
Cinsiyet							4,910	0,086
Kadın	37	24,2	57	37,3	59	38,6		
Erkek	8	13,6	31	52,5	20	33,9		
Hizmet Süresi							4,362	0,628
5-9 Yıl	14	25,5	23	41,8	18	32,7		
10-14 Yıl	10	17,9	22	39,3	24	42,9		
15-19 Yıl	12	24,5	23	46,9	14	28,6		
20 Yıl ve Üzeri	9	17,3	20	38,5	23	44,2		
Toplam	45	21,2	88	41,5	79	37,3		

Verimlilik açısından mevcut koşullar altında hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilmesi kalite için önemlidir. Koşullarda önemli bir değişiklik olmadan hizmetin verilme derecesinde meydana gelen değişimler; sabit girdi ile yüksek

miktarda çıktı (kaynakların verimli kullanılması) veya sabit girdi ile daha düşük miktarda (kaynakların verimsiz kullanılması) çıktı elde edilmesi ile ilişkilendirilmiştir.

Tablo 4.13'teki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların mesleki ve kişisel özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde ise katılımcıların %41,5'i değişiklik olmadığı, %37,3'ü de olumlu yönde değiştiği ile ilgili görüş bildirmişlerdir.

Bu sonuçlardan hareketle mevcut koşullar altında performansa dayalı ödemeyle birlikte biraz daha verimli çalışılmaya başlandığı bunun da kalite açısından olumlu bir gelişme olduğu söylenebilir.

Tablo 4.14'te PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların hizmet almasının kolaylığının çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.14. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hizmet Almasının Kolaylığı

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							-	-
İdari Hizmetler	1	3,7	9	33,3	17	63,0		
Hekim	0	0,0	12	21,8	43	78,2		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	16	12,6	39	30,7	72	56,7		
Alan							2,421	0,659
İdari Birimler	1	3,7	9	33,3	17	63,0		
Cerrahi Birimler	7	6,5	32	29,9	68	63,6		
Dahili Birimler	8	11,1	18	25,0	46	63,9		
Cinsiyet							5,550	0,062
Kadın	16	10,7	39	26,0	95	63,3		
Erkek	1	1,7	21	35,6	37	62,7		
Hizmet Süresi							2,046*	0,915
5-9 Yıl	4	7,4	14	25,9	36	66,7		
10-14 Yıl	5	9,1	14	25,5	36	65,5		
15-19 Yıl	5	10,4	14	29,2	29	60,4		
20 Yıl ve Üzeri	3	5,8	18	34,6	31	59,6		
Toplam	17	8,1	60	28,7	132	63,2		

*Olabilirlik Oranı Ki-Kare Testi.

Kabul edilebilirlik (acceptability) Donabedian ve Maxwell'e göre kalite boyutlarından birisidir (Kaya; 2005: 9). Hastaların hizmet almasının kolaylığı kabul edilebilirlik açısından önemlidir. Muayene, tetkik, hastaneye yatış ve ameliyat için beklenen sürelerin uzunluğu hastanın hizmet almasının kolaylığı ile ilgilidir. Hastanın daha kısa sürede herhangi bir engelle karşılaşmadan istediği hizmeti alması kalite açısından önemlidir.

Tablo 4.14'teki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların mesleki ve kişisel özellikleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde ise katılımcıların büyük çoğunluğu (%63,2) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların hizmet almasının kolaylığının arttığını

ifade etmişlerdir. Muayene, tetkik, hastaneye yatış ve ameliyat için beklenen sürelerin kısalması da bu görüşü desteklemektedir.

Bu sonuçlardan hareketle performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastaların hizmet almasının kolaylığı açısından olumlu yönde katkıda bulunduğu, bunun da kalite açısından olumlu bir gelişme olduğu söylenebilir.

Tablo 4.15'te PDEÖS uygulaması öncesine göre etik olmayan uygulamaların çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.15. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik Olmayan Uygulamalar

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan								
İdari Hizmetler	3	12,0	6	24,0	16	64,0	21,574	0,00
Hekim	0	0,0	16	29,1	39	70,9		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	21	18,6	48	42,5	44	38,9		
Alan								
İdari Birimler	3	12,0	6	24,0	16	64,0	2,198	0,682
Cerrahi Birimler	12	12,0	38	38,0	50	50,0		
Dahili Birimler	8	12,1	36	39,4	32	48,5		
Cinsiyet								
Kadın	22	16,1	52	38,0	63	46,0	7,950	0,019
Erkek	2	3,6	18	32,1	36	64,3		
Hizmet Süresi								
5-9 Yıl	6	11,5	10	19,2	36	69,2	10,699	0,098
10-14 Yıl	6	11,5	22	42,3	24	46,2		
15-19 Yıl	6	14,3	19	45,2	17	40,5		
20 Yıl ve Üzeri	6	12,8	19	40,4	22	46,8		
Toplam	24	12,4	70	33,0	99	46,7		

Yasallık (legitimacy), etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemelerde ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk olarak tanımlanır. Kısacası sosyal kabul edilebilirlik olarak görülebilir. Yasallık Donabedian'ın kalite boyutları

arasında yer almaktadır (Kaya; 2005: 11). Akıllara gelen sorulardan biri de PDEÖS uygulaması öncesine göre etik olmayan uygulamaların artıp artmadığıdır.

Tablo 4.15'teki sonuçlar değerlendirildiğinde unvan ve cinsiyet değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır. Diğer değişler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

Unvan açısından anlamlı farklılık hekimlerden kaynaklanmaktadır. Hekimlerle idari hizmetlerde çalışanlar ($\chi^2= 7,266$, $p= 0,026$) ve hekim dışı sağlık personeli ($\chi^2= 19,615$, $p= 0,001$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hekimler ve idari hizmetlerde çalışanlar yöneticiler etik olmayan uygulamaların arttığını (%70,9) ve %64,0) ifade etmişlerdir. Hekim dışı sağlık personelinin çoğunluğu değişiklik olmadığı (%42,5) şeklinde görüş bildirmelerine karşın önemli bir kısım da (%38,9) etik olmayan uygulamaların arttığını ifade etmişlerdir.

Türk Tabipleri Birliğinin yapmış olduğu bir araştırmaya göre araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu (%73,8) performansa dayalı ödemeye birlikte etik dışı uygulamaların arttığını ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009). Türk Tabipleri Birliğinin yapmış olduğu araştırma ile Tablo 4.15'teki sonuçlar karşılaştırıldığında iki araştırma sonucunun birbirini desteklediği görülmektedir.

Cinsiyet açısından da verilen cevaplar arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Hekim dışı sağlık personelinin önemli bir kısmının hemşirelerden oluşması sebebiyle kadınlar arasında etik dışı uygulamaların arttığını söyleyenlerin oranının düşük çıktığı söylenebilir.

Tablo 4.15'teki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde, çalışanların yarısına yakınına göre (%46,7) etik dışı uygulamaların arttığı, bunun da en çok hekimler tarafından ifade edildiği (%70,9) söylenebilir.

Etik dışı davranışların daha fazla gelir etmek amaçlı yapılan bazı uygulamalardan kaynaklandığı söylenebilir. Uygun olmayan uygulamaları engelleyecek etkili bir mekanizmanın olmaması PDEÖS'nin hizmet kalitesi bakımından olumsuz sonuçlarından birisidir.

Tablo 4.16'da PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılmasının çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.16. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Değerlendirmelerinin Ve Tedavilerinin Doğru Şekilde Yapılması

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan	S	%	S	%	S	%	3,598	0,463
İdari Hizmetler	6	22,2	16	59,3	5	18,5		
Hekim	14	25,0	39	69,6	3	5,4		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	32	25,6	80	64,0	13	10,4		
Alan	S	%	S	%	S	%	3,856	0,426
İdari Birimler	6	22,2	16	59,3	5	18,5		
Cerrahi Birimler	23	21,7	74	69,8	9	8,5		
Dahili Birimler	21	29,2	44	61,1	7	9,7		
Cinsiyet	S	%	S	%	S	%	2,370	0,306
Kadın	38	25,3	94	62,7	18	12,0		
Erkek	14	24,1	41	70,7	3	5,2		
Hizmet Süresi	S	%	S	%	S	%	16,118	0,013
5-9 Yıl	24	44,4	25	46,3	5	9,3		
10-14 Yıl	10	18,5	38	70,4	6	11,1		
15-19 Yıl	11	22,4	33	67,3	5	10,2		
20 Yıl ve Üzeri	7	13,7	39	76,5	5	9,8		
Toplam	52	25,0	135	64,9	21	10,1		

Ovretveit'e göre kalite boyutlarından birisi profesyonel kalitedir (Kaya; 2005: 14). PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı kalite açısından önemli bir konudur.

Tablo 4.16'daki sonuçlar değerlendirildiğinde hizmet süresi açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark ortaya çıkamamıştır. Hizmet süresi açısından 5–9 yıl ile 10–14 ($\chi^2= 8,538$, $p= 0,014$) ve 20 yıl ve üzeri ($\chi^2= 12,309$, $p= 0,002$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. Ancak hizmet süresine bağlı olarak doğrusal bir ilişki ortaya çıkmamıştır.

Tablo 4.16'daki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde, PDEÖS uygulaması öncesine göre çalışanların büyük kısmı (%64,9) profesyonel kalite açısından önemli bir değişiklik olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.17'de PDEÖS uygulaması öncesine göre koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önemin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.17. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu Hizmetler İle Erken Teşhis Ve Tedavi Hizmetlerine Verilen Önem

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan								
İdari Hizmetler	9	33,3	14	51,9	4	14,8	13,659	0,008
Hekim	21	40,4	31	59,6	0	0,0		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	31	25,0	68	54,8	25	20,2		
Alan								
İdari Birimler	9	33,3	14	51,9	4	14,8	6,751	0,150
Cerrahi Birimler	23	22,3	63	61,2	17	16,5		
Dahili Birimler	28	40,0	35	50,0	7	10,0		
Cinsiyet								
Kadın	41	28,5	76	52,8	27	18,8	8,064	0,018
Erkek	20	33,9	37	62,7	2	3,4		
Hizmet Süresi								
5-9 Yıl	20	37,7	25	47,2	8	15,1	6,454	0,374
10-14 Yıl	18	34,6	27	51,9	7	13,5		
15-19 Yıl	14	28,6	30	61,2	5	10,2		
20 Yıl ve Üzeri	9	18,4	31	63,3	9	18,4		
Toplam	61	30,0	113	55,7	29	14,3		

Amerikan Tabipler Birliği'nin (AMA) yüksek kalitede hizmetle ilgili ortaya koyduğu faktörlerden birisi sağlık düzeyinin yükseltilmesine, hastalık ya da iş göremezliğin önlenmesine ve bu tür durumların erken teşhisi ve tedavisine önem verilmesi gerektiğidir (Kaya; 2005: 14). Bununla ilişkili olarak PDEÖS uygulaması

öncesine göre koruyucu hizmetlere verilen önemin ne yönde değiştiği sağlık hizmet kalitesi için önemli bir konudur.

Tablo 4.17'deki sonuçlar değerlendirildiğinde, unvan ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bulunmamıştır. Çalışılan unvan açısından farklılık hekimlerden kaynaklanmaktadır. Kliniklerde çalışan hekimlerle idari hizmetlerde çalışan sağlık yöneticileri ($\chi^2= 9,018$, $p= 0,011$) ve hekim dışı sağlık personeli ($\chi^2= 13,567$, $p= 0,001$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Üç grubun yarısından fazlası koruyucu hizmetlere verilen önemin değişmediğini ifade etmelerine karşın hekimlerin önemli bir kısmı da koruyucu hizmetlere verilen önemin azaldığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Cinsiyet açısından da gruplar arasında farklılık vardır.

Tablo 4.17'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısından fazlası (%55,7) koruyucu hizmetlere verilen önemin değişmediğini belirtmiştir.

PDEÖS girişim başına ödemeyi teşvik ettiği için aslında toplumdaki her bir vaka ve bunun sonucunda yapılan işlemler sağlık personeli için gelir anlamını taşımaktadır. Bunun aksini düşünecek olursak, toplumdaki vaka sayısının azaltılması yönünde atılacak her adım sağlık personelinin gelirinde azalmayla sonuçlanacaktır. Bu nedenle girişim başına yapılan ödeme koruyucu hizmetlere önem vermeyi teşvik edici bir yönü bulunmamaktadır.

Tablo 4.18'de PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulmasının çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.18. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tıbbi Kayıtlarının Eksiksiz Ve Doğru Olarak Tutulması

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							10,901	0,028
İdari Hizmetler	2	7,7	11	42,3	13	50,0		
Hekim	15	26,8	12	21,4	29	51,8		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	14	10,9	44	34,1	71	55,0		
Alan							4,723	0,317
İdari Birimler	2	7,7	11	42,3	13	50,0		
Cerrahi Birimler	14	13,1	30	28,0	63	58,9		
Dahili Birimler	14	18,7	26	34,7	35	46,7		
Cinsiyet							3,939	0,140
Kadın	18	11,8	48	31,6	86	56,6		
Erkek	13	22,0	19	32,2	27	45,8		
Hizmet Süresi							2,619	0,855
5-9 Yıl	8	14,8	20	37,0	26	48,1		
10-14 Yıl	9	16,1	15	26,8	32	57,1		
15-19 Yıl	6	12,2	18	36,7	25	51,0		
20 Yıl ve Üzeri	8	15,4	14	26,9	30	57,7		
Toplam	31	14,7	67	31,8	113	53,6		

Amerikan Tabipler Birliği'nin (AMA) yüksek kalitede hizmetle ilgili ortaya koyduğu faktörlerden birisi hizmetin sürekliliğini ve aynı meslekten kişilerin değerlendirme yapabilmesini sağlamak için, hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince belgelendirilmesidir (Kaya; 2005: 15). Tıbbi kayıtların eksiksiz ve doğru olarak tutulması daha sağlıklı değerlendirme yapılabilmesi için önemlidir.

Tablo 4.18'deki sonuçlar değerlendirildiğinde, görev yapılan unvana göre hekim ve hekim dışı sağlık personeli arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2= 8,474$, $p= 0,014$). Hekim dışı sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme ile birlikte tıbbi kayıtların tutulması ile ilgili görüşleri hekimlere göre daha olumludur. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.18'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısından fazlası (%53,6) PDEÖS uygulaması öncesine göre tıbbi kayıtların daha doğru ve eksiksiz olarak tutulmaya başlandığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Performansa dayalı ödeme yapılabilmesi için yapılan her işlemin kayıt altına alınması gerekir. Bu gerekliliğin tıbbi kayıtların daha eksiksiz ve doğru tutulmasını sağlayarak kalite açısından olumlu katkıda bulunduğu söylenebilir.

Tablo 4.19'da PDEÖS uygulaması öncesine göre tıbbi hataların (uygulama hataları) çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.19. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Tıbbi Hatalar (Uygulama Hataları)

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							21,353	0,000
İdari Hizmetler	2	10,5	13	68,4	4	21,1		
Hekim	1	2,0	29	56,9	21	41,2		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	37	30,3	49	40,2	36	29,5		
Alan							4,044	0,400
İdari Birimler	2	10,5	13	68,4	4	21,1		
Cerrahi Birimler	24	23,5	46	45,1	32	31,4		
Dahili Birimler	13	19,1	32	47,1	23	33,8		
Cinsiyet							11,055	0,004
Kadın	37	27,0	60	43,8	40	29,2		
Erkek	3	5,5	31	56,4	21	38,2		
Hizmet Süresi							16,608	0,011
5-9 Yıl	7	14,6	16	33,3	25	52,1		
10-14 Yıl	8	15,4	27	51,9	17	32,7		
15-19 Yıl	13	29,5	21	47,7	10	22,7		
20 Yıl ve Üzeri	12	25,0	27	56,2	9	18,8		
Toplam	40	20,8	91	47,4	61	31,8		

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan

önlemlerin tamamıdır. Anketteki 18-21 sorular performansa dayalı ek ödemenin hasta güvenliği ile ilişkisini ortaya koymaya yöneliktir. Hasta güvenliği ile ilişkili olarak ilk değerlendirme tıbbi hatalarla ilgilidir.

Tablo 4.19'daki sonuçlar değerlendirildiğinde, unvan, cinsiyet ve hizmet süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Unvan açısından hekim grubu ile hekim dışı sağlık personeli arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2 = 16,889$, $p = 0,00$). Hekimlerin bu soruyla ilgili görüşleri hekim dışı sağlık personeline göre daha olumsuzdur. Hekimlerin yarısından fazlası (%56,9) bununla ilgili değişiklik olmadığı yönünde görüş bildirseler de hekimlerin önemli bir kısmı da tıbbi hataların arttığını (%41,2) ifade etmişlerdir. Türk Tabipleri Birliği'nin benzer çalışmasında da hekimlerin yarıdan fazlası (%52,8) PDEÖS uygulaması öncesine göre tıbbi hataların arttığını ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009).

Cinsiyet açısından kadın katılımcıların %29,2'si, erkek katılımcıların ise %38,2'si tıbbi hataların arttığını belirtmiştir. Farklılığı ortaya çıkaran değişkenlerden birisi de hizmet süresi ile ilgilidir. Hizmet süresine göre 5-9 yıl çalışanlarla 15-19 ($\chi^2 = 8,747$, $p = 0,013$) ve 20 yıl ve üzeri grup ($\chi^2 = 11,659$, $p = 0,003$) arasında farklılık vardır.

Tablo 4.19'daki sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde ise katılımcıların yarısına yakını (%47,4) PDEÖS uygulaması öncesine göre tıbbi hataların değişmediğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.20'de PDEÖS uygulaması öncesine göre komplikasyonların çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.20. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Komplikasyonlar

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							16,451	0,002
İdari Hizmetler	0	0,0	11	73,3	4	26,7		
Hekim	2	3,9	32	62,7	17	33,3		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	29	23,8	51	41,8	42	34,4		
Alan							-	-
İdari Birimler	0	0,0	11	73,3	4	26,7		
Cerrahi Birimler	20	19,4	50	48,5	33	32,0		
Dahili Birimler	10	14,9	33	49,3	24	35,8		
Cinsiyet							4,651	0,098
Kadın	27	20,1	65	48,5	42	31,3		
Erkek	4	7,4	29	53,7	21	38,9		
Hizmet Süresi							9,588	0,143
5-9 Yıl	6	12,2	20	40,8	23	46,9		
10-14 Yıl	5	10,0	28	56,0	17	34,0		
15-19 Yıl	11	25,0	22	50,0	11	25,0		
20 Yıl ve Üzeri	9	20,0	24	53,3	12	26,7		
Toplam	31	16,5	94	50,0	63	33,5		

Hasta güvenliği açısından araştırılan sorulardan birisi de meydana gelen komplikasyonlardır. Performansa dayalı ödeme sistemi çalışanların çalışma düzeniyle ilgili olumsuz veya olumlu etkide bulunabilir. Ödemenin şekli çalışanları daha dikkatli olmaya yönlendirebileceği gibi özen göstermeden çalışmaya da sevk edebilir. Bu açıdan performansa dayalı ödemenin ameliyat veya müdahale sonrası olumsuz durumları artırıp artırmadığı akla gelen sorulardan birisidir.

Tablo 4.20'deki sonuçlar değerlendirildiğinde unvan açısından gruplar arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Farklılığı yaratan grup hekim dışı sağlık personelidir. Hekim dışı sağlık personeli ile idari hizmetlerde çalışanlar ($\chi^2= 6,739$, $p= 0,034$ ve kliniklerde çalışan hekimler ($\chi^2= 11,208$ $p= 0,004$) arasında fark bulunmuştur. Hekim dışı sağlık personelinin değişiklik olmadı yönündeki fikre

katılımı diğer iki gruba göre düşük ancak arttı yönündeki fikre katılımı daha yüksektir. Türk Tabipleri Birliğinin araştırmasında da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Azaldı diyenler %4,6, değişmedi diyenler %54,9, arttı diyenler %40,5 olarak gerçekleşmiştir (Erbaş ve diğ.; 2009).

Tablo 4.20'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde katılımcıların yarısı (%50) PDEÖS uygulaması öncesine göre komplikasyonlarda önemli bir değişiklik olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.21'de PDEÖS uygulaması öncesine göre hastane kaynaklı enfeksiyonların çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.21. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							12,202	0,016
İdari Hizmetler	3	14,3	11	52,4	7	33,3		
Hekim	2	4,8	29	69,0	11	26,2		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	28	24,6	47	41,2	39	34,2		
Alan							8,329	0,080
İdari Birimler	3	14,3	11	52,4	7	33,3		
Cerrahi Birimler	17	17,9	54	56,8	24	25,3		
Dahili Birimler	12	20,7	20	34,5	26	45,6		
Cinsiyet							12,122	0,002
Kadın	30	24,0	52	41,6	43	34,4		
Erkek	3	5,8	35	67,3	14	26,9		
Hizmet Süresi							8,990	0,174
5-9 Yıl	7	16,3	16	37,2	20	46,5		
10-14 Yıl	6	12,5	25	52,1	17	35,4		
15-19 Yıl	9	22,0	23	56,1	9	22,0		
20 Yıl ve Üzeri	11	24,4	23	51,1	11	24,4		
Toplam	33	18,6	87	49,2	57	32,2		

Hasta güvenliği açısından önemli bir konu da hastane kaynaklı enfeksiyonlardır. Bir önceki soruyla bağlantılı olarak çalışma düzeninde meydana gelen değişimler hasta bakım kalitesini etkileyerek hastane kaynaklı enfeksiyonlarda olumlu ya da olumsuz yönde etkiye bulunabilir.

Tablo 4.21'deki sonuçlar değerlendirildiğinde unvan ve cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Unvana göre hekimlerle hekim dışı sağlık personeli arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2 = 11,748$, $p = 0,003$). Hekimlerin, hekim dışı sağlık personeline göre verdiği cevaplar açısından değişmedi şeklindeki cevapta yoğunlaştığı görülmektedir. Diğer çalışanlar da ise belirli bir cevapta yığılma yoktur.

Cinsiyet açısından da kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin genellikle durumun değişmediği (%67,3) şeklindeki cevapta yoğunlaştığı görülmektedir. Kadınların ise çoğunluğunun (%41,2) değişmedi şeklinde görüş bildirmelerine karşın arttı ve azaldı seçeneklerine katılım oranları da düşük değildir.

Tablo 4.21'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde katılımcıların yarısına yakını (%49,2) tarafından PDEÖS uygulaması öncesine göre hastane kaynaklı enfeksiyonlarda önemli bir değişiklik olmadığı ifade edilmiştir.

Tablo 4.22'de PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamaların çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.22. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Güvenliğini Artıran, Hataları Azaltan Uygulamalar

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							9,222	0,056
İdari Hizmetler	6	22,2	8	29,6	13	48,1		
Hekim	5	10,0	30	60,0	15	30,0		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	28	21,9	65	50,8	35	27,3		
Alan							12,228	0,016
İdari Birimler	6	22,2	8	29,6	13	48,1		
Cerrahi Birimler	14	13,2	60	56,6	32	30,2		
Dahili Birimler	19	27,5	35	50,0	15	21,7		
Cinsiyet							3,133	0,209
Kadın	32	21,9	69	47,3	45	30,8		
Erkek	7	11,9	34	57,6	18	30,5		
Hizmet Süresi							1,955	0,924
5-9 Yıl	13	25,0	25	48,1	14	26,9		
10-14 Yıl	8	15,1	28	52,8	17	32,1		
15-19 Yıl	9	18,8	24	50,0	15	31,2		
20 Yıl ve Üzeri	9	17,3	26	50,0	17	32,7		
Toplam	39	19,0	103	50,2	63	30,7		

Sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemler hasta güvenliği açısından önemlidir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hasta güvenliği açısından meydana gelebilecek olumsuz durumların oluşmaması için önlemler alınmasını sağlayıp sağlamadığı hizmet kalitesi açısından önemlidir.

Tablo 4.22'deki sonuçlar değerlendirildiğinde görev yapılan alan bakımından gruplar arasında anlamlı fark vardır. İdari hizmetlerde çalışan yöneticiler ile cerrahi ve dahili birimlerde çalışanlar arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2= 6,277$, $p= 0,043$ ve $\chi^2= 6,779$, $p= 0,034$). Bu farklılığın hasta güvenliği açısından yapılan bazı uygulamaların kliniklerdeki uygulamalara yansımamasından ve bunun sonucunda algılama farklılığından kaynaklandığı söylenebilir.

Tablo 4.22'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde katılımcıların yarısı (%50,2) PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta güvenliğinin artırılması konusunda önemli bir değişiklik olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.23'te PDEÖS uygulaması öncesine göre gereksiz tetkiklerin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.23. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Tetkikler

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							5,972	0,201
İdari Hizmetler	1	3,7	6	22,2	20	74,1		
Hekim	8	14,8	19	35,2	27	50,0		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	22	17,5	35	27,8	69	54,8		
Alan							5,085	0,279
İdari Birimler	1	3,7	6	22,2	20	74,1		
Cerrahi Birimler	19	17,8	32	29,9	56	52,3		
Dahili Birimler	11	15,7	20	28,6	39	55,7		
Cinsiyet							0,005	0,997
Kadın	22	14,9	43	29,1	83	56,1		
Erkek	9	15,3	17	28,8	33	55,9		
Hizmet Süresi							12,256	0,056
5-9 Yıl	3	5,6	12	22,2	39	72,2		
10-14 Yıl	10	17,9	18	32,1	28	50,0		
15-19 Yıl	11	23,4	11	23,4	25	53,2		
20 Yıl ve Üzeri	7	14,0	19	38,0	24	48,0		
Toplam	31	15,0	60	29,0	116	56,0		

Donabedian ve Maxwell'e göre etkililik kalite boyutlarından birisidir (Kaya; 2005: 5,13). Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir (Kavuncubaşı; 2000: 273-276). Bu açıdan bakıldığında yapılan gereksiz bir tetkikin etkili olması söz konusu değildir.

Tablo 4.23'teki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların mesleki ve kişisel özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Tablo 4.23'teki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde çalışanların yarısından fazlası (%56,0) PDEÖS uygulaması öncesine göre gereksiz tetkiklerin arttığını ifade etmişlerdir.

Türk Tabipleri Birliğinin 2009 yılında yaptığı araştırmada hekimlerin %70,2'si tetkik sayısının PDEÖS uygulaması öncesine göre arttığını ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009). İki sonuç değerlendirildiğinde PDEÖS uygulaması öncesine göre gereksiz tetkiklerin artmış olduğu bunun da hizmet kalitesi açısından olumsuz bir durum olduğu söylenebilir.

Sosyal Güvenlik Kurumu gereksiz tetkiklerin azaltılması amacıyla belirlemiş olduğu paket fiyatlara göre hastanelere ödeme yapmaktadır. 2010 yılında Sağlık Uygulama Tebliği'nde 2396 adet paket uygulama mevcuttur. Sağlık Uygulama Tebliği'nde tanıya dayalı işlem listesi ve fiyatları yer almaktadır. Bu uygulamada bazı işlemler başka bir işlem ile fatura edilememektedir. Gereksiz tetkiklerin önüne geçilmesi için Sağlık Uygulama Tebliği'nde bazı tetkikler muayene ücretine dahil edilmiştir. Bu kapsamda yapılan her bir tetkik kurum için gelir artışı sağlamadığı gibi maliyet artışına neden olmaktadır. Gereksiz tetkikleri azaltması beklenen bu uygulamalara rağmen hekimler yaptığı işlem başına puan aldığı için sistem hekimlerin daha fazla tetkik istemesini teşvik etmektedir.

Tablo 4.24'te PDEÖS uygulaması öncesine göre gereksiz yatışların (hastaneye kabuller) çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.24. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Yatışlar (Hastaneye Kabuller)

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							7,667	0,105
İdari Hizmetler	1	4,2	5	20,18	18	75,0		
Hekim	2	3,7	16	29,6	36	66,7		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	20	15,9	30	23,8	76	60,3		
Alan							2,353	0,671
İdari Birimler	1	4,2	5	20,18	18	75,0		
Cerrahi Birimler	14	13,1	28	26,2	65	60,7		
Dahili Birimler	8	11,4	16	22,9	46	65,7		
Cinsiyet							0,553	0,758
Kadın	18	12,2	37	25,2	92	62,6		
Erkek	5	8,8	14	24,6	38	66,7		
Hizmet Süresi							14,091	0,029
5-9 Yıl	2	3,7	11	20,4	41	75,9		
10-14 Yıl	3	5,5	17	30,9	35	63,6		
15-19 Yıl	10	21,3	9	19,1	28	59,6		
20 Yıl ve Üzeri	8	16,7	14	29,2	26	54,2		
Toplam	23	11,3	51	25,0	130	63,7		

Etkililik açısından olumsuz durumdan birisi de hastaneye yapılan gereksiz yatışlardır. Bir hastanın ayaktan tedavi edilebileceği halde hastaneye yatışının yapılması hastaya fayda sağlamayacağı gibi zarar da verebilir. Buna ek olarak kaynakların gereksiz yere kullanılmasına da yol açar. Bütün bunlar kalitesizliğe neden olmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaneye gereksiz yere yatış yapıp yapılmadığı hizmet kalitesi açısından önemli bir konudur.

Tablo 4.24'teki sonuçlar değerlendirildiğinde hizmet süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. Hizmet süresine göre farklılık 5-9 yıl arasında çalışanlarla 15-19 ($\chi^2= 7,534$, $p= 0,023$) ve 20 yıl ve üzeri çalışanlar ($\chi^2= 6,989$, $p= 0,030$) arasındadır. 5-9 yıl arasında çalışan grubun gereksiz

yatışların arttığı yönündeki görüşe; 15 yıl ve üzeri arasında çalışan grubun ise azaldığı yönündeki görüşe katılımı daha fazladır.

Tablo 4.24'teki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların büyük çoğunluğu (%63,7) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaneye gereksiz yatışların attığını ifade etmişlerdir. Türk Tabipleri Birliğinin çalışmasında da katılımcıların büyük çoğunluğu (%65,9) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaneye yatırılan hasta sayısında artış olduğunu ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009). Bu iki çalışma da bu açıdan birbirini desteklemektedir. PDEÖS uygulaması öncesine göre gereksiz yatışların artması hizmet kalitesi açısından olumsuz bir durumdur.

Tablo 4.25'te PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların gereksiz yattığı günlerin (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması) çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir

Tablo 4.25. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Gereksiz Yattığı Günler (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Uzun Olması)

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							3,494	0,479
İdari Hizmetler	5	20,0	13	52,0	7	28,0		
Hekim	13	23,6	32	58,2	10	18,2		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	34	28,1	54	44,6	33	27,3		
Alan							2,949	0,566
İdari Birimler	5	20,0	13	52,0	7	28,0		
Cerrahi Birimler	30	28,8	53	51,0	21	20,2		
Dahili Birimler	17	24,6	31	44,9	21	30,4		
Cinsiyet							4,323	0,115
Kadın	39	27,3	64	44,8	40	28,0		
Erkek	13	22,4	35	60,3	10	17,2		
Hizmet Süresi							8,417	0,209
5-9 Yıl	11	21,2	23	44,2	18	34,6		
10-14 Yıl	10	18,9	29	54,7	14	26,4		
15-19 Yıl	18	37,5	22	45,8	8	16,7		
20 Yıl ve Üzeri	13	27,1	25	52,1	10	20,8		
Toplam	52	25,9	99	49,3	50	24,9		

Hastaların ihtiyacı olmadığı halde hastanede yatması hastaya bir fayda sağlamayacağı için hizmetin etkiliği açısından olumsuz bir durumdur. Bu konuda etkilik açısından hastanın mümkün olan en kısa sürede taburculuğunun yapılması gerekir.

Tablo 4.25'teki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların kişisel ve mesleki özelliklerine göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Tablo 4.25'teki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde çalışanların yarısına yakını (%49,3) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların gereksiz yere hastanede daha uzun süre yatmasında bir değişim olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.26’da PDEÖS uygulaması öncesine göre hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesinin (hasta yatış süresinin gereğinden kısa olması) çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.26. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanın Gereğinden Daha Kısa Sürede Taburcu Edilmesi (Hasta Yatış Süresinin Gereğinden Kısa Olması)

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							7,547	0,110
İdari Hizmetler	1	4,0	13	52,0	11	44,0		
Hekim	2	3,7	28	51,9	24	44,4		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	19	15,7	61	50,4	41	33,9		
Alan							3,495	0,479
İdari Birimler	1	4,0	13	52,0	11	44,0		
Cerrahi Birimler	12	11,5	57	54,8	35	33,7		
Dahili Birimler	9	13,2	30	44,1	29	42,6		
Cinsiyet							2,992	0,224
Kadın	19	13,5	70	49,6	52	36,9		
Erkek	3	5,1	32	54,2	24	40,7		
Hizmet Süresi							3,210	0,782
5-9 Yıl	6	11,8	21	41,2	24	47,1		
10-14 Yıl	6	11,1	30	55,6	18	33,3		
15-19 Yıl	4	8,7	25	54,3	17	37,0		
20 Yıl ve Üzeri	6	12,2	26	53,1	17	34,7		
Toplam	22	11,0	102	51,0	76	38,0		

Hastaların hastanede gereğinden kısa sürede taburcu edilmesi hastaların iyileşme sürecini etkilemektedir. Hastaların gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi yeni hastaların hastaneye yatırılma isteğiyle ilişkilendirilebilir. Taburculuk süresinin gereğinden kısa olup olmadığını tespit etmek amacıyla ankette bir soru sorulmuştur.

Tablo 4.26'daki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların kişisel ve mesleki özellikleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tablo 4.26'daki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde yarısından biraz fazlası (%51,0) PDEÖS uygulaması öncesine göre gereğinden kısa sürede taburculukta değişme olmadığını ifade etmelerine karşın çalışanların önemli bir kısmı da (%38,0) hastaların erken taburculuğunun PDEÖS uygulaması öncesine göre arttığını ifade etmişlerdir. Bu konuyla ilgili önemli bir değişiklik olmamakla beraber hastanın gereğinden kısa sürede taburcu edilmesinin kısmen artmış olması kalite açısından istenilen bir durum değildir.

Tablo 4.27'de PDEÖS uygulaması öncesine göre endikasyonsuz (uygunsuz) müdahalelerin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.27. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Endikasyonsuz "Uygunsuz" Müdahaleler

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							23,554	0,000
İdari Hizmetler	1	4,0	7	28,0	17	68,0		
Hekim	1	1,9	16	30,2	36	67,9		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	27	23,5	45	39,1	43	37,4		
Alan							6,874	0,143
İdari Birimler	1	4,0	7	28,0	17	68,0		
Cerrahi Birimler	19	18,8	39	38,6	43	42,6		
Dahili Birimler	8	12,5	22	34,4	34	53,1		
Cinsiyet	S	%	S	%	S	%	7,246	0,027
Kadın	26	19,3	48	35,6	61	45,2		
Erkek	3	5,2	20	34,5	35	60,3		
Hizmet Süresi	S	%	S	%	S	%	14,662	0,023
5-9 Yıl	6	11,8	9	17,6	36	70,6		
10-14 Yıl	7	13,7	19	37,3	25	49,0		
15-19 Yıl	9	20,5	19	43,2	16	36,4		
20 Yıl ve Üzeri	7	14,9	21	44,7	19	40,4		
Toplam	29	15,0	68	35,2	96	49,7		

Hastaya ihtiyacı olmadığı halde çeşitli nedenlerden dolayı yapılan müdahaleler hem etkililik hem de hasta güvenliği açısından olumsuz bir durumdur. PDEÖS uygulaması öncesine göre endikasyonsuz müdahalelerin artıp artmadığı hizmet kalitesi açısından sorgulanması gereken bir konudur.

Tablo 4.27'deki sonuçlar değerlendirildiğinde unvan bakımından hekim dışı sağlık personeli ile idari hizmetlerde çalışan hastane yöneticileri ($\chi^2= 9,070$, $p= 0,011$) ve hekimler ($\chi^2= 18,140$ $p= 0,000$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum hekim dışı sağlık personelinin hekimleri ilgilendiren endikasyonsuz müdahaleler konusunda olumsuz bir yargıda bulunmak istememiş olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Diğer anlamlı farklılık da cinsiyete göre ortaya çıkmıştır. Hekim dışı sağlık personelinin çoğunluğunun kadın olması sebebiyle kadınlarla hekim dışı sağlık personeli arasında sonuçlar bakımından paralellik ortaya çıkması beklendik bir durumdur. Farklılığın ortaya çıktığı değişkenlerden biri de hizmet süresidir. Hizmet süresi bakımından 5-9 yıl arasında çalışanlarla 15-19 ($\chi^2= 11,410$, $p= 0,003$) ve 20 yıl ve üzeri çalışanlar ($\chi^2= 9,985$, $p= 0,007$) arasında anlamlı fark vardır. Farklılığın nedeni 5-9 yıl arasında çalışanların diğer gruplara göre meydana gelen değişimleri performansa dayalı ek ödemeye atfetme eğiliminin diğer gruplara göre yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Tablo 4.27'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde çalışanların yarısına yakını (%49,7) PDEÖS uygulaması öncesine göre endikasyonsuz müdahalelerde artma olduğunu, önemli bir kısım da (%35,2) değişme olmadığını ifade etmişlerdir.

Türk Tabipleri Birliğinin benzer konudaki çalışmasında da araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğu (%70,7) PDEÖS uygulaması öncesine göre endikasyonsuz müdahalelerin arttığını ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009). Tablo 4.27'de de hekimlerin büyük çoğunluğu (%67,9) PDEÖS uygulaması öncesine göre endikasyonsuz müdahalelerin arttığını ifade etmişlerdir. Bu iki çalışmanın birbirini desteklediği söylenebilir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre endikasyonsuz müdahalelerin artmış olması hem etkililik hem de hasta güvenliği açısından olumsuz bir durumdur.

Tablo 4.28’de PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.28. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tercihlerine, İhtiyaçlarına Ve Değerlerine Saygılı Ve Duyarlı Olarak Hizmet Verilmesi

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							8,143	0,086
İdari Hizmetler	3	11,5	17	65,4	6	23,1		
Hekim	10	17,9	39	69,6	7	12,5		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	32	25,0	64	50,0	32	25,0		
Alan							4,802	0,308
İdari Birimler	3	11,5	17	65,4	6	23,1		
Cerrahi Birimler	20	18,9	61	57,5	25	23,6		
Dahili Birimler	22	29,3	39	52,0	14	18,7		
Cinsiyet							8,299	0,016
Kadın	37	24,5	77	51,0	37	24,5		
Erkek	8	13,6	43	72,9	8	13,6		
Hizmet Süresi							13,540	0,035
5-9 Yıl	20	37,0	24	44,4	10	18,5		
10-14 Yıl	9	16,4	33	60,0	13	23,6		
15-19 Yıl	11	22,4	27	55,1	11	22,4		
20 Yıl ve Üzeri	5	9,6	36	69,2	11	21,2		
Toplam	45	21,4	120	57,1	45	21,4		

Kabul edilebilirlik (acceptability) Donabedian ve Maxwell’e göre kalite boyutlarından birisidir (Kaya; 2005: 9). Hasta ve yakınları tarafından kabul edilebilir bir hizmetin tam olarak verilebilmesi için gerekli şartlardan birisi de hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesidir. PDEÖS’nin hastaların bu beklentilerine nasıl cevap verdiği önemli bir konudur.

Tablo 4.28'deki sonuçlar değerlendirildiğinde cinsiyete göre kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır. Farklılığın nedeni erkeklerin değişmedi şeklindeki görüşe kadınlara göre daha yüksek oranda katılmalarıdır. Diğer bir farklılık ise hizmet süresi bakımından 5-9 yıl arasında çalışanlarla 10-14 ($\chi^2= 5,976$, $p=0,050$) ve 20 yıl ve üzeri çalışanlar ($\chi^2= 11,414$, $p= 0,003$) arasında bulunmuştur. Bu farka karşın çalışılan yıllar ilişkili doğrusal bir ilişki yoktur.

Tablo 4.28'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde, çalışanların yarısından çoğu (%57,1) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesinde herhangi bir değişme olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.29'da PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.29. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Bilgilendirilme Ve Tıbbi Kararlara Katılma Derecesi

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan								
İdari Hizmetler	2	7,4	15	55,6	10	3,7	7,404	0,074
Hekim	13	23,6	30	54,5	12	21,8		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	34	27,0	52	41,3	40	31,7		
Alan								
İdari Birimler	2	7,4	15	55,6	10	3,7	7,217	0,125
Cerrahi Birimler	23	22,1	50	48,1	31	29,8		
Dahili Birimler	24	32,4	31	41,9	19	25,7		
Cinsiyet								
Kadın	39	26,0	60	40,0	51	34,0	9,611	0,008
Erkek	10	17,2	37	63,8	11	19,0		
Hizmet Süresi								
5-9 Yıl	14	25,9	25	46,3	15	27,8	6,147	0,407
10-14 Yıl	16	29,1	25	45,5	14	25,5		
15-19 Yıl	12	25,0	24	50,0	12	25,0		
20 Yıl ve Üzeri	7	13,7	23	45,1	21	41,2		
Toplam	49	23,6	97	46,6	62	29,8		

Dünya Sağlık Örgütüne göre “hasta merkezlik” hasta ihtiyaçlarına cevap verebilmedir (WHO; 2003: 9). Donabedian’a göre kabul edilebilirlik hastaların ve ailelerin isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluktur (Kaya; 2005: 9).

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında hastaların kendi tedavi süreçleri ile ilgili yeterli derecede bilgilendirilmesinin sağlanması, tedavi sürecinde hekimin de onayı doğrultusunda alternatif tedavilerden birini seçebilmesi, kabul edilebilirlik ve hasta merkezlik açısından önemlidir.

Tablo 4.29’deki sonuçlar değerlendirildiğinde cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın nedeni erkeklerin değişmedi şeklindeki görüşe kadınlara göre daha yüksek oranda katılmalarıdır.

Tablo 4.29'daki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde ise PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma durumuyla ilgili önemli bir değişiklik olmadığı (%46,6) sonucuna varılabilir.

Tablo 4.30'da PDEÖS uygulaması öncesine göre hastalardan gelen şikayetlerin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.30. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalardan Gelen Şikâyetler

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							6,668	0,154
İdari Hizmetler	3	12,5	13	54,2	8	33,3		
Hekim	7	13,5	21	40,4	24	46,2		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	26	22,2	35	29,9	56	47,9		
Alan							5,344	0,254
İdari Birimler	3	12,5	13	54,2	8	33,3		
Cerrahi Birimler	19	18,8	31	30,7	51	50,5		
Dahili Birimler	14	21,5	24	36,9	27	41,5		
Cinsiyet							9,489	0,009
Kadın	32	23,0	42	30,2	65	46,8		
Erkek	4	7,4	27	50,0	23	42,6		
Hizmet Süresi							2,627	0,854
5-9 Yıl	10	20,4	15	30,6	24	49,0		
10-14 Yıl	7	13,7	18	35,3	26	51,0		
15-19 Yıl	9	20,5	16	36,4	19	43,2		
20 Yıl ve Üzeri	10	20,4	20	40,8	19	38,8		
Toplam	36	18,7	69	35,8	88	45,6		

Sonuç ölçüleri hastanın daha sonraki sağlık statüsüne veya sağlık statüsünde gözlenen değişikliklere işaret eder (Kaya; 2005: 81). Sonuç ölçüleri bakımından hastaların çeşitli nedenlerden ötürü verilen sağlık hizmetinden memnun kalmamaları bunun sonucunda ilgili birimlere şikayette bulunmaları kalite açısından önemlidir.

Tablo 4.30'daki sonuçlar değerlendirildiğinde cinsiyet açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların çoğunluğu (%46,8)

hastalardan gelen şikayetlerin artmış olduğunu ifade ederken erkeklerin çoğunluğu hastalardan gelen şikayetlerin değişmediğini (%50,0) ancak önemli bir kısmı da (%42,6) bir ölçüde şikayetlerin artmış olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.30'daki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde katılımcıların büyük çoğunluğu (%45,6) PDEÖS uygulaması öncesine göre hastalardan gelen şikayetlerin bir ölçüde artmış olduğu ifade etmişlerdir. Bir sonraki tabloda (Tablo 4.31'de) ise PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta memnuniyetinin artmış olduğu görülmektedir. Bu iki sonuç karşılaştırıldığında;

Sağlık hizmetinin hasta ve yakınlarınca lütuf yerine bir hak olduğunun düşünölmeye başlanmış olduğu,

Müşteri kavramı çerçevesinde alınan sağlık hizmetinin hastalar tarafından bedelinin ödediğinin ve bunun sonucunda daha iyi bir hizmet almak istedikleri düşünölebilir.

Bu iki sonuca bakarak hasta memnuniyetinin artmış olmasına rağmen hastaların hak arama yollarını da kullandığı sonucuna varılabilir.

Tablo 4.31'de PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta memnuniyetinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.31. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Memnuniyeti

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							12,654	0,013
İdari Hizmetler	1	3,7	14	51,9	12	44,4		
Hekim	3	5,6	14	25,9	37	68,5		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	21	17,1	42	34,1	60	48,8		
Alan							8,357	0,079
İdari Birimler	1	3,7	14	51,9	12	44,4		
Cerrahi Birimler	15	14,6	27	26,2	61	59,2		
Dahili Birimler	8	11,3	28	39,4	35	49,3		
Cinsiyet							0,131	0,937
Kadın	18	12,3	49	33,6	79	54,1		
Erkek	7	12,1	21	36,2	30	51,7		
Hizmet Süresi							6,134	0,408
5-9 Yıl	10	18,9	18	34,0	25	47,2		
10-14 Yıl	6	10,9	17	30,9	32	58,2		
15-19 Yıl	6	12,5	14	29,2	28	58,3		
20 Yıl ve Üzeri	3	6,2	21	43,8	24	50,0		
Toplam	25	12,3	70	34,3	109	53,4		

Hasta memnuniyeti sonuç ölçüleri olarak önemli ipuçları verir. PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta memnuniyetinin nasıl etkilendiği kalite açısından sorgulanması gereken bir sorudur.

Tablo 4.31'deki sonuçlar değerlendirildiğinde unvan açısından hekimlerle hekim dışı sağlık personeli arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2 = 7,140$, $p = 0,028$). Hekimlerin büyük çoğunluğu (%68,5) PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta memnuniyetinin artmış olduğunu ifade ederken hekim dışı sağlık personeli de arttığını ifade etmelerine karşın bu seçeneğe katılım oranları (%48,8) hekimlere göre daha düşüktür. Ayrıca hekim dışı sağlık personeli hasta memnuniyetinin azaldığı konusunda (%17,1) görüş bildirirken hekimlerde bu oran (%5,6) daha düşüktür.

Tablo 4.31'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde çalışanların yarısından fazlası (%53,4) PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta memnuniyetinin artmış olduğu ifade etmişlerdir. Hasta memnuniyetinin artmış olmasının kalite açısından olumlu bir sonuç olduğu söylenebilir.

Tablo 4.32'de PDEÖS uygulaması öncesine göre çalışanlar arasındaki işbirliğinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.32. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İşbirliği

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							13,083	0,011
İdari Hizmetler	15	55,6	7	25,9	5	18,5		
Hekim	29	51,8	25	44,6	2	3,6		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	43	33,3	67	51,9	19	14,7		
Alan							6,941	0,139
İdari Birimler	15	55,6	7	25,9	5	18,5		
Cerrahi Birimler	38	35,5	55	51,4	14	13,1		
Dahili Birimler	34	45,3	34	45,3	7	9,3		
Cinsiyet							2,293	0,318
Kadın	61	39,9	70	45,8	22	14,4		
Erkek	26	44,1	29	49,2	4	6,8		
Hizmet Süresi							6,852	0,335
5-9 Yıl	29	52,7	18	32,7	8	14,5		
10-14 Yıl	22	39,3	29	51,8	5	8,9		
15-19 Yıl	19	38,8	24	49,0	6	12,2		
20 Yıl ve Üzeri	19	38,8	24	49,0	6	12,2		
Toplam	87	41,0	99	46,7	26	12,3		

Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin temel koşullarından biri, alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin varlığı, bir diğeri ise bu profesyonellerin birbirleri ile yakın işbirliği ve iletişim içinde, ekip anlayışı doğrultusunda çalışmasıdır (Ulusoy- Tokgöz; 2009: 55).

Tablo 4.32'deki sonuçlar değerlendirildiğinde unvan açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. İdari hizmetlerde çalışanlar ile kliniklerde çalışan hekimler ($\chi^2= 6,253$, $p= 0,044^*$), idari hizmetlerde çalışanlar ile hekim dışı sağlık personeli ($\chi^2= 6,359$, $p= 0,042$) arasında ve kliniklerde çalışan hekimlerle kliniklerde çalışan hekim dışı sağlık personeli ($\chi^2= 8,116$, $p= 0,017$) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Hekimlerin çoğunluğu (%51,8) PDEÖS uygulaması öncesine göre çalışanlar arasında işbirliğinin azaldığını ifade etmelerine karşın önemli bir kısım da (%44,6) değişiklik olmadığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Hekim dışı sağlık personeli ise bir ölçüde azaldığını (%33,3) ama büyük ölçüde değişmediğini (%51,9) ifade etmişlerdir. İdari hizmetlerde çalışan hastane yöneticilerin çoğunluğu (%55,6) PDEÖS uygulaması öncesine göre çalışanlar arasında işbirliğinin azaldığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.32'deki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde, PDEÖS uygulaması öncesine göre çok fazla değişim olmamakla (%46,7) birlikte işbirliğinin bir ölçüde azaldığı (%41,0) görülmektedir. Türk Tabipleri Birliğinin yapmış olduğu çalışmada da hekimlerin yarısından fazlası (%62,7) performansa dayalı ek ödemesi öncesine göre çalışanlar arasındaki işbirliği azalmıştır (Erbaş ve diğ.; 2009). Çalışanlar arasında işbirliğinin azalmış olması istenen bir durum değildir.

Tablo 4.33'te PDEÖS uygulaması öncesine göre sağlık hizmeti sunanların (personelin) çalışma isteğinin çalışanlar tarafından nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir.

Tablo 4.33. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık Hizmeti Sunanların (Personelin) Çalışma İsteği

	Azaldı		Değişmedi		Arttı		Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Unvan							5,643	0,227
İdari Hizmetler	14	51,9	10	37,0	3	11,1		
Hekim	22	39,3	28	50,0	6	10,7		
Hekim Dışı Sağ. Pers.	74	57,4	42	32,6	13	10,1		
Alan							2,367	0,669
İdari Birimler	14	51,9	10	37,0	3	11,1		
Cerrahi Birimler	51	47,7	43	40,2	13	12,1		
Dahili Birimler	43	57,3	27	36,0	5	6,7		
Cinsiyet							1,231	0,540
Kadın	83	54,2	55	35,9	15	9,8		
Erkek	27	45,8	25	42,4	7	11,9		
Hizmet Süresi							6,605	0,359
5-9 Yıl	26	47,3	23	41,8	6	10,9		
10-14 Yıl	28	50,0	23	41,1	5	8,9		
15-19 Yıl	29	59,2	12	24,5	8	16,3		
20 Yıl ve Üzeri	27	51,9	22	42,3	3	5,8		
Toplam	110	51,9	80	37,7	22	10,4		

Sağlık hizmeti sunanların çalışma isteği sağlık hizmetinin kalitesini etkileyerek sağlık hizmeti sonuçlarını etkilerler. Bu bakımdan sağlık hizmetini sunan sağlık çalışanlarının çalışma isteği oldukça önemlidir.

Tablo 4.33'teki sonuçlar değerlendirildiğinde çalışanların mesleki ve kişisel özellikleri bakımından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Tablo 4.33'teki sonuçlar bütün olarak değerlendirildiğinde ise çalışanların yarısından fazlası (%51,9) çalışma isteğinin azaldığını ifade etmişlerdir. Türk Tabipleri Birliği'nin çalışmasında da hekimlerin yarısına yakını (%45,9) performansa dayalı ek ödeme sistemi öncesine göre motivasyonlarının azaldığını ifade etmişlerdir (Erbaş ve diğ.; 2009). Çalışanların çalışma isteğinin azalmış olması sağlık hizmeti kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde hem performansın ölçülmesi hem de kalitenin iyileştirilmesi açısından gerek ulusal gerekse uluslararası çalışmalar devam etmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetinde performans ölçümüne yönelik çalışmalar 2004 yılından öncesinde de var olmasına rağmen 2004 yılında yapılan yasal düzenlemelerle yeni bir boyut kazanmıştır.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında 2004 yılında uygulamaya konulmuştur. 2004 yılından sonra bu konuda kapsamlı çalışmalar yapılmış ve çalışmalar kapsamında uygulamalarda değişiklikler yapılmış ve ek uygulamalar getirilmiştir.

Sistemin kendini sürekli yeniliyor olması sistemin olumlu yönleri yanında eksik ve aksaklıklarını da beraberinde getirmektedir. Bu bilgiler ışığında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine olan etkilerini çalışanların perspektifiyle ortaya koymak amacıyla bu tez çalışması yapılmıştır.

Bu konuyla ilgili öncelikle literatür araştırması yapılarak; performans, performans değerlendirme, performans değerlendirme ücret ilişkisi, sağlık hizmetlerinde performans ölçümü, Sağlık Bakanlığı performansa dayalı ek ödeme sistemi, kalite kavramı ve sağlık hizmetlerinde kalite konuları incelenmiştir.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hizmet kalitesine olan etkilerini belirlemek amacıyla 32 sorudan oluşan anket çalışması yapılmış ve ortaya çıkan bulgular, bulgular ve tartışma bölümünde tartışılmıştır. Çalışanların algılarına göre ortaya çıkan sonuçlar ve bu sonuçlara ilişkin öneriler aşağıda sıralanmaktadır.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların muayene, tetkik, hastaneye yatmak ve ameliyat olmak için beklediği süreler azalmıştır. Bekleme süreleri, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin bir göstergesidir. Bu sonuçlar erişilebilirlik açısından olumlu bir gelişmenin olduğunu göstermektedir. PDEÖS öncesine göre bekleme sürelerinde meydana gelen bu gelişmenin istenen ölçüde olup olmadığı, PDEÖS’nin bu olumlu yönleri yanında olumsuz sonuçlarının da olup olmadığının araştırılması gerekir.

Muayene sürelerinin azalması daha fazla hastayı muayene etme isteğinden kaynaklanmış olabilir. Ancak, muayene sürelerinin azalması, kabul edilebilirlik açısından olumsuz bir durumdur. PDEÖS'nin hasta başına düşen muayene sürelerinde kısaltmaya neden olmayacak şekilde kriterler belirlemesi, bunu sadece muayeneyi yapan hekimin inisiyatifine bırakmaması ve bu konuyla ilgili performans değerlendirme yönteminde düzenlemeler yapılması önerilebilir.

Kullanılan kaynakların sınırsız olmaması nedeniyle belirli bir girdiden maksimum çıktı ya da belirli bir düzeydeki çıktı için minimum girdi kullanılması sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynakların verimli kullanılması için gereklidir. PDEÖS öncesine göre sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde bir ölçüde maliyetleri göz önünde bulundurmaya başladığı ancak değişikliğin yüksek miktarda olmadığı görülmektedir. Sağlık kaynaklarının verimli kullanılabilmesi için başta sağlık yöneticileri olmak üzere kaynakların kullanılmasında rol alan herkesin bilinçlendirilmesinin önemi büyüktür.

Son yıllarda sağlık sektöründe artan maliyetlerin sınırlandırılması amacıyla global bütçe çerçevesinde kurumların bütçelerinin oluşturulması hedeflenmektedir.

Global bütçe; ileriye dönük genellikle bir mali yıl için bir harcama sınırını ve hedefini ifade eder. Kısaca sağlık hizmetleri için harcanan toplam para miktarına bir sınır konulur. Burada amaç belli bir sağlık hizmeti için veya sağlık kurumu için harcanan toplam bedele sınırlandırma getirerek kontrol etmektir. Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılı için tespit edilen bütçeye sığmak adına bir takım tedbirler aldığı görülmektedir. Bu tedbirlerin daha çok hizmet alımlarına, hizmet alımı yoluyla çalıştırılan personel sayılarına ve stoklara yönelik yoğunlaştığı görülmektedir. (Demir; 2009: 1).

Global bütçe uygulamalarının gereksiz harcamaları azaltması beklenmekle birlikte klinik uygulamalara nasıl yansıtacağı konusunda başka araştırmaların yapılmasına gerek vardır.

PDEÖS uygulaması öncesine göre sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların israfında artış olduğu bildirilmiştir. Gereksiz tetkikler ve yatışların artmış olması ile bu sonuç birbirini desteklemektedir. Sağlık kaynaklarının verimli kullanılması açısından olumsuz bir durumdur.

PDEÖS uygulaması öncesine göre, kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum, sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi ile ilgili önemli bir değişiklik olmamıştır.

PDEÖS'nin sağlık hizmetlerinde müşteri kavramını getirdiği söylenebilir. Sosyal Güvenlik Kurumunun hastanelerden satın aldığı hizmetin niteliğini ve SGK'ya olan maliyetini sorgulaması, hastaların ücretini dolaylı olarak ödediği için daha iyi bir sağlık hizmeti alma istemesi ve sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarının da hastaları gelir elde etme aracı olarak görmesi ve müşteri memnuniyeti için daha iyi bir sağlık hizmeti sunmaya çalışması sağlık kaynaklarının optimum kullanılması için gereklidir. Bu üçlü mekanizma (SGK, Sağlık Hizmeti Sunucuları ve Müşteriler) arasındaki denge iyi bir şekilde sağlandığı takdirde sağlık hizmeti kalitesinin daha iyi seviyelere ulaşacağı muhtemeldir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hasta ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesinde fazla bir iyileşme olmadığı gibi çok ileri boyutta olmasa da olumsuz yönde değiştiği söylenebilir.

Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu kısmen olumsuz yönde değişmiştir. Hizmet kalitesi bakımından hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulması ile ilgili olumlu yönde bir sonuç ortaya çıkması istenen bir durumdur. Hekimlerin ek ödeme almak amacıyla daha fazla hasta bakma ve hastanın daha çok tıbbi ihtiyaçlarına yönelmeleri nedeniyle hastalar ile iletişim için daha az zaman ayırdıkları düşünülebilir. Hasta başına düşen muayene süresinin azalmış olması da bu sonucu destekler niteliktedir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarında (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.) önemli bir değişiklik olmadığı görülmektedir. Müşteri memnuniyetinin sağlanabilmesi için sadece teknik kalite değil bunun yanında fonksiyonel kalitenin de istenen seviyede olması gerekir. Kamu hastanelerinin daha iyi bir sağlık hizmeti sunmak ve çalışanların elde edeceği ek geliri artırmak için hastaları hastanelere çekmeleri gerekir. Bu amaçla hastanelerin tanıtım, bilgilendirme ve reklam yöntemlerine başvurmaları, hasta ve yakınlarının rahat edebilecekleri fiziki şartları iyileştirmeleri kaçınılmazdır.

Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesinin kısmen arttığı gözlenmektedir. Kısa vadede sağlık hizmetlerinde hem insan kaynağının sayısal olarak artırılması hem de altyapı ve donanımın iyileştirilmesi kolay olmamaktadır. Bu sabit kaynaklarla hastanelerin daha fazla sağlık hizmeti üretmeye başladığı söylenebilir. Sağlık Sektörü emek yoğun bir sektör olması nedeniyle insan kaynaklarının verimli kullanılması, gizli işsizliğin önlenmesi gerekir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların hizmet alması daha kolay hale gelmiştir. Muayene, tetkik, hastaneye yatış ve ameliyat için beklenen sürelerin kısalmış olması da bu görüşü desteklemektedir. Hizmet kalitesinden ödün verilmeden hastalara verilen hizmette kolaylıkların sağlanması hasta memnuniyeti için gereklidir.

PDEÖS etik olmayan uygulamaları artmıştır. Etik olmayan uygulamaların arttığının daha çok hekimler tarafından ifade edilmesi çarpıcıdır. PDEÖS'nin hekimleri etik dışı uygulamalara sevk etmeyecek şekilde tasarlanması hizmet kalitesi açısından önemlidir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre profesyonel kalite (hasta tedavilerini doğru şekilde yapılması) bakımından önemli bir değişiklik olmamıştır.

Koruyucu hizmetlere verilen önemde önemli bir değişiklik olmamasına karşın az da olsa koruyucu hizmetlere verilen önemin azaldığını söylenebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin hasta olmasını önleyerek hem kişilerin kaliteli bir yaşam sürdürmesi hem de sağlığa ayrılan kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlayabilir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre tıbbi kayıtlar daha doğru ve eksiksiz olarak tutulmaya başlanmıştır. Performansa dayalı ödeme yapılabilmesi için yapılan her işlemin kayıt altına alınması gerekir. Bu gerekliliğin tıbbi kayıtların daha eksiksiz ve doğru tutulmasını sağlayarak kalite açısından olumlu katkıda bulunduğu söylenebilir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre tıbbi hatalarda, komplikasyonlarda, hastane kaynaklı enfeksiyonlarda ve hasta güvenliğinin artırılması konusunda önemli bir değişiklik olmamasına karşın az da olsa artış olduğu söylenebilir. Tıbbi hata oranı komplikasyon oranı, hastane enfeksiyon oranlarının takibi yapılarak kurumların

performanslarını değerlendirmede kullanılabilir. Bu değerlendirmeler hizmet kalitesinin artırılması için katkı sağlayabilir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre gereksiz tetkikler, gereksiz yatışlar, endikasyonsuz müdahaleler ve etik dışı davranışlar artmıştır. Hasta- hekim ilişkisi açısından piyasa koşullarındaki arz-talep ilişkisi sağlık hizmetlerinde de tartışılmakta ve piyasa koşullarından farklılığı ortaya çıkmaktadır. Vekalet ilişkisi teorisi mantığı ile hasta, hekimi vekil tayin etmekte ve hekim de hasta adına hizmetlerin kalite ve kantitesini belirlemektedir (Erdem-Yıldırım; 2003: 4). Sağlık hizmetlerinde arzın talep yarattığını savunan bilim adamları; vekil olarak hekimin rollerinin kötüye kullanılabileceğini söylemektedirler (Erdem-Yıldırım; 2003: 13).

Gibson'a göre ahlaki tehlike, özel bilgiye sahip kişilerin kötü sonuçların oluşmasına yol açabilecek davranışlarda bulunduklarında ortaya çıkar. Hasta-hekim ilişkisi açısından düşünüldüğünde hekimin hastası için yeterli çaba göstermediği durumlarda ahlaki tehlike söz konusudur. Buna örnek olarak, hekimin hastasını gereksiz bir takım sağlık hizmetlerini kullandırmaya yönlendirmesi (kendi çıkarını maksimize etmek için), gereksiz bazı hizmetlerden yararlandırması verilebilir (Erdem-Yıldırım; 2003: 7).

Hasta-hekim ilişkisi bağlamında vekalet ilişkisi konusunda yazan Alan Williams (1988), Tony Culyer (1988-1989) ve Bob Evans (1984) gibi bir çok ekonomist mükemmel vekalet ilişkisinin hekimin ilgili bütün bilgilerini hastasına verdiği ve hastanın da bu bilgilere dayalı olarak karar verdiği ortamda ortaya çıkabileceğini ifade etmektedirler (Erdem-Yıldırım; 2003: 8,9).

Yukarıda da değinildiği üzere PDEÖS uygulaması öncesine göre gereksiz tetkikler, gereksiz yatışlar, endikasyonsuz müdahaleler ve etik dışı davranışlar artmıştır Bu sonuçlar sağlık hizmeti kalitesi için olumsuz sonuçlardır. Bu olumsuz durumların olmaması için öncelikle sistemin hekimleri bu davranışlara yöneltmeyecek şekilde tasarlanması, sistem sorunları çözüldükten sonra bununla ilgili meydana gelen olumsuz durumların cezalandırılması gerekir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların gereğinden uzun süre hastanede yatmasında önemli bir değişim olmadığı, ancak gereğinden kısa sürede taburculukta kısmen artış olduğu ifade edilmiştir. Bu durum yatak doluluk oranı yüksek olan

hastanelerde beklenen olumsuz bir durumdur. Yatışı yapılacak hastalara yer açmak amacıyla erken taburculuk yapılabilir. Bu sorunun çözümü için her hasta için yapılması mümkün olmasa da hastalık başına ortalama yatış süresi kriterleri oluşturulmak suretiyle bu ortalama sürelerden aşırı sapma gösteren birimler için önlemler alınabilir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesinde önemli bir değişime olmadığı ifade edilmiştir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma durumuyla ilgili önemli bir değişiklik olmamıştır. Hastaların hastalıkları konusunda genel bilgi sahibi olmaları, alternatif tedaviler mümkün olduğu durumlarda hekimle alınan karara yön vermesi ideal bir durumdur.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastalardan gelen şikayetler ve hasta memnuniyeti artmıştır. Hasta memnuniyetinin artmış olmasının kalite açısından olumlu bir sonuç olduğu söylenebilir. Hasta memnuniyetinin artması ile birlikte hasta şikayetlerinde de artış olması çelişki gibi görünse de genel manada verilen sağlık hizmetlerinden memnun kalmalarına rağmen şikayet haklarını da kullandıkları söylenebilir.

PDEÖS uygulaması öncesine göre çalışanlar arasındaki işbirliği kısmen azalmış ve çalışanların çalışma isteği azalmıştır. PDEÖS'nin çıkış noktası üretilen sağlık hizmetinin ödüllendirilmesidir. Ödüllendirmenin doğru yapıp yapılmadığı gibi tartışmaların yanında ödüllendirme şeklinin daha çok maddi olması, çalışanların motivasyonlarını istenen seviyeye ulaştıramamasına neden olmuş olabilir. Sadece ekonomik kaygıyla yapılan ödemelerin zamanla çalışma isteğini azaltabilir. Bunun dışında ödüllendirmenin tamamen hekim performansına odaklanması sağlık sektörü gibi ekip çalışmasıyla başarılı olabilen meslek grupları arasındaki ekip çalışmasının zamanla bozulmasıyla sonuçlanabilir.

Bundan sonra yapılacak araştırmalarda sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için performans ölçüm kriterlerini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılması sağlık sektöründe yapılacak düzenlemeler için katkı sağlayabilir.

6. KAYNAKLAR

1. Agresti, A. (2007). *Catecorial Data Analysis*. Second Addition, Wiley, A.J. and Sons INC. Pablication, Wiley Interscience.
2. Argon, T. ve Eren, A. (2004). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Nobel Yayınları.
3. Ateş, H., Kırılmaz, H. ve Aydın, S. (2007). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
4. Aydın, S. ve Demir, M. (2007). *Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Onur Matbaacılık.
5. Aydın, S., Demir, M., Güler, H., Tarhan, D., Demir, B., Kaplan S.H. ve Diğerleri. (2009). *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve kalite Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara: Lazer Ofset Matbağa.
6. Ağguş, D. (2007). *Performans Değerlendirme Çalışmalarına İşgörenlerin Tutumu*. T. C. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Psikolojisi Bilim Dalı İçin Öngördüğü Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
7. Balanced Scorecard Institute. <http://www.balancedscorecard.org/>
<http://www.balancedscorecard.org/BSCResources/AbouttheBalancedScorecard/tabid/55/Default.aspx> (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
8. Bangasser, R., Belden, G., Champlin, L., Colby, D., Doherty, R., Dunn, P. ve diğerleri. (2006). *Pay-for-Performance: A Promising Start*.
http://www.allhealth.org/Publications/pub_4.pdf (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
9. Barutçugil, İ. (2002). *Performans Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
10. Benligiray, S. (2003). *Ücret Yönetimi*. Eskişehir: T. C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1462, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları No: 178.

11. Bilgin, U. (2004). *Kamu Performans Yönetimi, Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi*. Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, Ankara: TODAİE Masaüstü Yayıncılık Bürosu. 1. Baskı.
12. Boxall, A.M. (2009). *Should We Expand The Use Of Pay-For-Performance In Health Care*. <http://www.aph.gov.au/Library/Pubs/rp/2009-10/10rp12.pdf> (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
13. Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B. ve Ronald, M. (2007). *Quality Of Primary Care In England With The Introduction Of Pay For Performance*. The New England Journal of Medicine. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc091697> (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
14. Cinal A. (2009). *Özel Hastanelerin Sınıflandırılması, Hasta Güvenliği ve Yeni Roller*. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/dergi/performans.pdf> (Erişim Tarihi 05.09.2010).
15. Coşgun, E. (2004). *Teknik Personelin Performans Değerlendirilmesinde Bir Uzman Sistem Modeli*. İstanbul Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, İnşaat Mühendisliği Bölümü, İstanbul: Teknoloji, Cilt 7, (2004), Sayı 4. [http://teknoloji.karabuk.edu.tr/1302-0056/2004/Cilt\(7\)/Sayi\(4\)/579-589.pdf](http://teknoloji.karabuk.edu.tr/1302-0056/2004/Cilt(7)/Sayi(4)/579-589.pdf) (Erişim T: 05.09.2010).
16. Coşkun, S. ve Dulkadiroğlu H. (2007). *Ücret, Performansa Göre Ücret ve Çalışanların Algısı*. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Ankara (<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/998/12143.pdf>; Erişim Tarihi: 05.09.2010).
17. Çakır, M. (2008). *Vakıf Üniversitelerinde Akademik Personelin Performans Değerlendirmelerinin Eğitim Kalitesine Katkısı*. T.C. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

18. Demir, M. (2009). Global Bütçe. <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-byorum-global-butce-ne-getirir-ne-gotururb-1-11-21480.html> (Erişim Tarihi: 29.10.2011).
19. Demirtaş, Ö. (2007). *Performans Değerlendirmede 360 Derece Yöntemi Ve Bir Kamu Kuruluşunda Yöneticilerde Uygulaması*. T.C. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
20. Deveci, N. (2005). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü*. (<http://www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.pdf>; Erişim Tarihi 05.09.2010).
21. Deveci, N. (2006). *Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite*. Dokuz Eylül Ün. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, (<http://www.sbe.deu.edu.tr/adergi/2006/Cilt%208%20Sayi%201%202006/deveci.pdf>; Erişim Tarihi:05.09.2010).
22. Erbaş H., Platin, N., Arda, B., Bilaloğlu, E., Bulut, N., Civaner, M. ve Diğerleri. (2009). *Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme*. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara. (Erişim Tarihi: 05.09.2010) <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliode.pdf>.
23. Erdem, R. Ve Yıldırım, H. H. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Vekalet İlişkisi Ve Arzın Talep Yaratması*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:6 Sayı:2 (2003), Ankara.
24. Erdinç, M. (2006). *360 Derece Performans Değerlendirme Sisteminin Elektronik Ortama Uyarlaması Ve Bir Uygulama*. T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
25. Ergin, G. (2009). *Çalışanların Ücretlendirilmesi: Sağlık Kurumlarında Çalışanların Ücret Sistemini Değerlendirmelerine İlişkin Bir Araştırma*. T.C.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara.

26. Erişti, B. (2005). *Avrupa Kalite Yönetim Vakfı Mükemmellik Modelinin Eğitim Fakülteleri İçin Uyarlanması*, Eskişehir.
27. Ertong, G. 2009. *Hastanelerde için Performans Hastanelerde Kalite Geliştirme Performans Değerlendirme Araçları Projesi (PATH) ve Türkiye'nin Katılımı*, Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sağlık Bakanlığı.
<http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/path/pathsunumkongre2.pdf> (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
28. Esin, A. (1999). *ISO 9000'nin Işığında Toplam Kalite*. Ankara, Pan Matbaacılık.
29. Ferecov, R. (2001). *İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerleme Yöntemleri*. <http://sbe.dpu.edu.tr/8/133.pdf> (Erişim Tarihi: 02.05.2010).
30. Fındıkçı, İ. (1999). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları.
31. Fındıkçı, İ. (2003). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
32. Gazi, A. (2006). *Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar Ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi*. T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisan Tezi. Ankara.
33. Gözütok, G. (2006). *İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi Ve Hizmet İşletmesinden Bir Örnek*. T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
34. Gültekin, N. (2008). *Kamu Kesimi Ücret Politikası*, Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Sayı:2 Cilt.25, İstanbul.

35. Gür, M., Alkan, İ., Baydar, A., Yedan, Ş., Ata, N., Terakye, G. Ve Diğerleri. (2003). *Çalışma ve Sosyal Güvenlikte Kalite Yolculuğu*. Ankara: Bilkent Üniversite Kütüphanesi.
36. Gürüz, D., Yaylacı G. Ö. (2004). *İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: MediCat Yayınları.
37. Institute Of Medicine (2001). *A New Health Systems for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America*. National Academy Press.
38. Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
39. Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Feryal Matbaacılık.
40. Kelley, E., and Hurst J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*.
<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>; (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
41. Kıdak, L. B. ve Aksaraylı M. (2008). *Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Cilt:10, Sayı:3 01 Temmuz–30 Eylül 2008.
42. Kovancı, A. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
43. Köksoy, M. (1998). *Yüksek Öğretimde Kalite ve Türk Yükseköğrenimi için Öneriler*. İstanbul.
44. Kömürcü, N. (2006). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/saglik_hizmetlerinde_kalite.pdf (Erişim Tarihi 05.09.2010).
45. Köseoğlu, M. A. (2005). *Kamu İktisadi Teşebbüslerinde Performans Ölçümü*. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Müsteşarlığı

<http://kutuphane.tbmm.gov.tr:8088/2005/200506314.pdf> (Erişim Tarihi:05.09.2010).

46. Kurt, C. F. (2006). *Ücretlerin Belirlenmesinde Performans Değerlendirme Sistemi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
47. Küçük, A. A. (2005). *Kamuda Performans Değerlendirme Sistemi ve Kamu Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
48. Redd, L. (2005). *Achieving High Performance in Health Care: Pay-for-Performance*. (2005).
http://www.accenture.com/Global/Services/By_Industry/Health_and_Life_Sciences/Providers/R_and_I/PayPerformanceHealthCare.htm (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
49. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. (2008). T.C. Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2011, 02 Temmuz 2008.
http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yonerge/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_060509.pdf (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
50. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2006). T.C. Resmi Gazete, 26166, 12 Mayıs 2006.
51. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik. (2009). T.C. Resmi Gazete, 27209, 24 Nisan 2009.
52. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik. (2007). T.C. Resmi Gazete, 26624, 25 Ağustos 2007.

53. Saran, U. (2004). Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Kalite Odaklı Bir Yaklaşım, Ankara: Atlas Yayıncılık.
54. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu. (2000). *Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş*: T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara. <http://ekutup.dpt.gov.tr/ucretler/1oik558.pdf> Erişim Tarihi: 02.09.2010).
55. Seyran, D. (2004). Hizmet Kalitesi, Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı, İstanbul.
56. Şentürk, B. (2005). *Kurumlarda Arşiv Personel İçin Performans Yönetimi Ve Uygulamaları*. Marmara Üniversitesi Türk Yatırım Araştırmaları Enstitüsü Bilgi Ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
57. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi <http://www.anh.gov.tr> (Erişim tarihi 05.09.2010).
58. T.C. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı (1999). *Kalite Kavramı, AB Kalite Faaliyetleri*, 1. Baskı Ankara. Aydoğdu Ofset.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Path Türkiye Koordinatörlüğü, <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=87> (Ana Sayfa Erişim Tarihi: 05.09.2010).
60. T.C. Sanayi ve Ticaret Bakanlığı (1999). *Kalite Kavramı, AB Kalite Politikaları ve Türkiye'deki Kalite Faaliyetleri*, Ankara, 1. Baskı: Aydoğdu Ofset.
61. Tarım, M. (2003). *Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)*. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi. (<http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/72/7024.pdf>; Erişim Tarihi: 05.09.2010).
62. Tengilimoğlu D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

63. Tengilimoğlu D., Atilla, A. ve Bektaş, M. (2008). *İşletme Yönetimi*. Ankara: Seçkin Kitabevi.
64. Teoman, D. D. (2007). *Performans Değerlendirme Sürecinde Oluşan Adalet Algısı, Bu Algının İç, Dış Ve Sosyal Ödüllerle Olan İlişkisinin İşten Ayrılma Niyetine Olan Etkisi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
65. Timur, H. (2005). *İş değerlemesinde Puanlama Yöntemi*. Ankara: T.C. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
66. Türk Dil Kurumu, Büyük Türkçe Sözlük, <http://www.tdkterim.gov.tr/bts/> (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
67. Ulusoy, H. ve Tokgöz, D. M. (2009). *Hekim Ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri*, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü. Pamukkale Tıp Dergisi Sayı: 2. <http://www.pamukkaletipdergisi.com/index.php/ptd/article/viewFile/134/157> (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
68. World Health Organisation Regional Office For Europe. (2003). *Measuring Hospital Performance To Improve The Quality Of Care In Urope: A Need For Clarifying The Concepts And Defining The Main Dimensions*. Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2003. (<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf>; Erişim Tarihi: 05.09.2010).
69. World Health Organisation Regional Office For Europe. (2004). *Selection of indicators for Hospital Performance Measurement*. Barcelona, Spain, Jun and September 2003. (<http://www.euro.who.int/document/E84679.pdf>; Erişim Tarihi: 05.09.2010).
70. World Health Organization. (2007). *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*. <http://www.euro.who.int/document/E89742>; (Erişim Tarihi:05.09.2010).
71. World Health Organisation Regional Office For Europe. (2009). *Performance Assessment & Quality Improvement Vol 4* (February), 2009, ISSN: 1991-7430

http://www.pathqualityproject.eu/upLoad/newsletter/file/performance_assessment_and_quality_improvement_vol_4_2008.pdf (Erişim Tarihi: 05.09.2010).

72. World Health Organisation Regional Office For Europe. (2010). *Performance Assessment & Quality Improvement* Vol 5 (July), (2010), ISSN: 1991-7430
<http://www.pathqualityproject.eu/upLoad/newsletter/file/.pdf> (Erişim Tarihi: 05.09.2010).
73. Yalçın, H. (2006). *Performans Değerlendirme Ve Ücretler*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yönetim ve Çalışma Psikolojisi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
74. Yönetici Mali Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/yonetici_performansi.pdf (Erişim Tarihi: 05.08.2010).
75. Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/yonetici_birim_performans_yonergesi.pdf (Erişim Tarihi: 20.09.2010).
76. Yege, P. (2007). *Hedef Ve Yetkinlik Bazlı Performans Değerlendirme Sistemi Ve Bir Örnek Olay Çalışması*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

6. EKLER

EK-1) ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programında hazırlamakta olduğum “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hizmet Kalitesine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hastane Yöneticilerinin ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri” adlı tez çalışmamda kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

İki bölümden oluşan anket çalışmasının birinci bölümünde, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hizmet kalitesine etkisi hakkındaki değerlendirmelerinizi belirleyen ifadeler; ikinci bölümde ise, demografik bilgileriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacak ve araştırmanın amaçları dışında kullanılmayacaktır. Anketin değerlendirilebilmesi için tüm soruları yanıtlamanız büyük önem taşımaktadır. Anketle ilgili sorularınız olursa, aşağıdaki telefon veya e-posta adresinden bana ulaşabilirsiniz.

Ankete gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederim

Cahit KORKU

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

İLETİŞİM

Tel (Cep): (505) 423 04 79

Tel (Dahili): 41 70

E-posta: cahitkorku12@gmail.com

Bölüm I. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulanmadan önceki durum ile karşılaştırarak, aşağıdaki ifadeleri “Çok Azaldı”, “Azaldı”, “Değişmedi”, “Arttı”, “Çok Arttı”, “Fikrim Yok” seçeneklerinden birini işaretleyerek tamamlayınız.

		Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Uygulaması Öncesine Göre					
		Çok Azaldı	Azaldı	Değişmedi	Arttı	Çok Arttı	Fikrim Yok
1	Hastaların muayene için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
2	Hastaların tetkik için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
3	Hastaların hastaneye yatmak için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
4	Hastaların ameliyat olmak için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
5	Hasta başına düşen muayene süresi	O	O	O	O	O	O
6	Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurması	O	O	O	O	O	O
7	Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfı	O	O	O	O	O	O
8	Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi	O	O	O	O	O	O
9	Hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesi	O	O	O	O	O	O
10	Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu	O	O	O	O	O	O

		Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Uygulaması Öncesine Göre					
		Çok Azaldı	Azaldı	Değişmedi	Arttı	Çok Arttı	Fikrim Yok
11	Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğu (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.)	O	O	O	O	O	O
12	Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi	O	O	O	O	O	O
13	Hastaların hizmet almasının kolaylığı	O	O	O	O	O	O
14	Etik olmayan uygulamalar	O	O	O	O	O	O
15	Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılması	O	O	O	O	O	O
16	Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem	O	O	O	O	O	O
17	Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması	O	O	O	O	O	O
18	Tıbbi hatalar (uygulama hataları)	O	O	O	O	O	O
19	Komplikasyonlar	O	O	O	O	O	O
20	Hastane kaynaklı enfeksiyonlar	O	O	O	O	O	O
21	Hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamalar	O	O	O	O	O	O
22	Gereksiz tetkikler	O	O	O	O	O	O
23	Gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller)	O	O	O	O	O	O

		Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Uygulaması Öncesine Göre					
		Çok Azaldı	Azaldı	Değişmedi	Arttı	Çok Arttı	Fikrim Yok
24	Hastaların gereksiz yattığı günler (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması)	O	O	O	O	O	O
25	Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması)	O	O	O	O	O	O
26	Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleler	O	O	O	O	O	O
27	Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesi	O	O	O	O	O	O
28	Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesi	O	O	O	O	O	O
29	Hastalardan gelen şikâyetler	O	O	O	O	O	O
30	Hasta Memnuniyeti	O	O	O	O	O	O
31	Çalışanlar arasındaki işbirliği	O	O	O	O	O	O
32	Çalışma isteğiniz	O	O	O	O	O	O

Bölüm II. Demografik Bilgiler

1. Çalıştığınız Pozisyon (Görev Unvanınız)

	İdari Birimler
☐	Başhekim / Başhekim Yardımcısı
☐	Müdür / Müdür Yardımcısı
☐	Başhemşire / Başhemşire Yardımcısı
	Klinikler
☐	Klinik Şef / Şef Yardımcısı
☐	Uzman Hekim
☐	Asistan
☐	Pratisyen Hekim
☐	Sorumlu Hemşire
☐	Hemşire
☐	Ebe
☐	Sağlık Memuru
☐	Fizyoterapist
☐	Psikolog

2. Görev Yaptığınız Alan

☐	Başhekimlik	☐	İntaniye Kliniği
☐	Hastane Müdürlüğü	☐	Kadın Doğum Kliniği
☐	Başhemşirelik	☐	Kardiyoloji Kliniği
☐	Acil Cerrahi Kliniği	☐	KBB Kliniği
☐	Acil Dahiliye Kliniği	☐	Kemik İliği Kliniği
☐	Beyin Cerrahi Kliniği	☐	Nefroloji Kliniği
☐	Genel Cerrahi Kliniği	☐	Noroloji Kliniği
☐	Dahiliye Kliniği	☐	Ortopedi Kliniği
☐	Dermatoloji Kliniği	☐	Özel Servis
☐	Endokrin ve Metabolizma Kliniği	☐	Plastik Cerrahi Kliniği
☐	Fizik Tedavi Kliniği	☐	Psikiyatri Kliniği
☐	Gastroenteroloji Kliniği	☐	Romatoloji Kliniği
☐	Göğüs Cerrahi Kliniği	☐	Tıbbi Onkoloji Kliniği
☐	Göz Kliniği	☐	Üroloji Kliniği
☐	Hematoloji Kliniği	☐	Yanık Kliniği

3. Yaşınız.....

4. Cinsiyetiniz. ()Kadın () Erkek

5. Bu hastanedeki çalışma süreniz.....Yıl

6. Hekim Dışı Sağlık Personeli İçin: Eğitim Durumunuz.

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans ()
Doktora

Katılımınız İçin Teşekkürler...

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

29.12.2009*158931

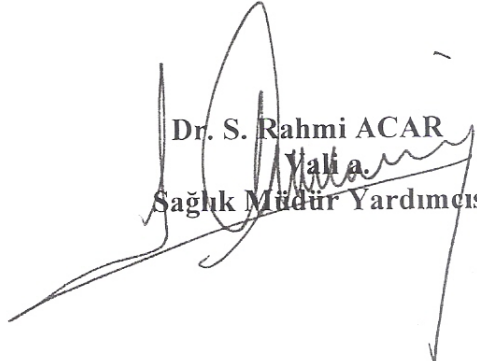
Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99
Konu : Araştırma İzni

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cahit KORKU “**Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri**” konulu araştırmayı, Müdürlüğümüze bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemektedir.

Söz konusu araştırmanın, sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi şartıyla yapılabilmesi ile ilgili Valilik Makamı’ nın 28.12.2009 tarih ve 157101 sayılı Oluru ekte gönderilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.


Dr. S. Rahmi ACAR
Vali a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK : Valilik Oluru (5 sayfa)

DAĞITIM :

Gereği :
Ankara Numune EAH

Bilgi :
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Personel Şb -
30.12.2009
[Signature]

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99
Konu : Araştırma İzni

.../.../2009

28.12.2009*157101

VALİLİK MAKAMINA

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cahit KORKU “**Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri**” konulu araştırmayı yapmak istemektedir.

Söz konusu araştırmanın, sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi şartıyla Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa AKSOY
Sağlık Müdürü

OLUR
28.12.2009

Dr. Celal DİNÇER
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek-3 Egitim Ve Arastırma Hastaneler Kadro-Unvan Katsayıları

Kadro-Unvan	Puan
Baştabip	6,00
Baştabip yardımcısı	3,50
Klinik Şefi	2,60
Klinik şef yardımcısı	2,20
Başasistan	1,85
Uzman tabip	1,85
Yan dal asistanı	1,85
Asistan	1,00
Tabip, dış tabipleri	1,00
Genetik, biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan tıpta uzmanlık eğitimi almış olanlar	1,85
Yoğun bakım, yeni doğan, yanık ve diyaliz ünitelerinde çalışan uzman tabipler	1,85
Yoğun bakım, yeni doğan, yanık ve diyaliz ünitelerinde çalışan pratisyen tabipler	1,00
Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan tabipler, uzman tabipler ile yoğun bakım, yeni doğan, yanık ve diyaliz üniteleri dışındaki tıbbi ve idarî ünitelerde çalışan uzman tabipler ve tabipler	0,80
Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan uzman tabipler (temel tıp bilimleri uzmanları)	0,80
Hastane müdürü	1,00
Başhemşire	0,70

Müdür yardımcısı	0,60
Sivil savunma uzmanı	0,40
Eczacılar	0,70
Döner sermaye saymanlık müdürü	1,00
Döner sermaye saymanlık müdür yardımcısı	0,60
Fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı, biyolog, mühendis, veteriner hekim, avukat, kimyager, sosyolog ve benzerleri	0,40
Ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, acil servis ve kemik iliği nakil ünitesi ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin psikiyatri servislerinde çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,50
Sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,40
Tıbbi teknolog	0,40
Ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, acil servis ve kemik iliği nakil ünitesi ve ruh sağlığı ve hastalıkları Hastanelerinin psikiyatri servislerinde çalışan genel idare hizmetleri sınıfı, teknik hizmetler sınıfı, yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,30
Genel idare hizmetleri sınıfı personeli	0,25
Teknik hizmetler sınıfı personeli	0,25
Yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,25
Döner sermaye işletmelerinin muhasebe birimlerinde görevli personel ile teknikerler	0,35

Kaynak: RG: 30.07.2010/276657 Sayılı Resmi Gazete

Ek-5 Bilimsel Çalışma Puanları

1	SCI ve SCI Expanded'da yayınlanmış her bir yurtdışı araştırma makalesinde	Birinci isim	500 puan
		İkinci İsim	400 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	300 puan
2	SCI ve SCI Expanded'da yayınlanmış yurtdışı derleme vaka takdimi, editöre mektup için her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın		200 puan
3	SCI ve SCI Expanded harici yurtdışı hakemli dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde	Birinci isim	300 puan
		İkinci isim	200 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	150 puan
4	SCI ve SCI Expanded harici yurtdışı hakemli dergilerde yayınlanmış derleme, editöre mektup için her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın		100 puan
5	Yurtiçi dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde	Birinci isim	100 puan
		İkinci isim	80 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan
6	Yurtiçi dergilerde yayınlanmış derleme, vaka takdimi, editöre mektup için her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın		50 puan
7	Yurtiçi Proceeding Book'ta basılmış tam metin Makalede	Birinci isim	100 puan
		İkinci isim	80 puan

		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan
8	Yurtdışı sözlü bildirilerde	Birinci isim	150 puan
		İkinci isim	120 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan
9	Yurtdışı posterlerde	Birinci isim	100 puan
		İkinci isim	80 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan
10	Yurtiçi sözlü bildirilerde	Birinci isim	50 puan
		İkinci isim	40 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	30 puan
11	Yurtiçi posterlerde	Birinci isim	40 puan
		İkinci isim	30 puan
		Üçüncü isim	20 puan
12	SCI ve SCI Expanded'da yayınlanmış makalelerde atıf almış her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın yayın başına 200 puan, SCI ve SCI Expanded dışındaki makalelerde atıf almış her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın yayın başına 50 puan	Toplam atıf puanı 1000 puanı geçemez	

Kaynak: RG: 30.07.2010/276657 Sayılı Resmi Gazete

Ek-6 Borçluluk Süresi Katsayısı

Ödenmemiş Borç Gün Sayısı	Katsayı
89 gün ve altı borcu olan	1,00
90-99 gün borcu olan	0,97
100-109 gün borcu olan	0,94
110-119 gün borcu olan	0,91
120-129 gün borcu olan	0,88
130-139 gün borcu olan	0,85
140-149 gün borcu olan	0,82
150-159 gün borcu olan	0,79
160-169 gün borcu olan	0,76
170-179 gün borcu olan	0,73
180 gün ve üzeri gün borcu olan	0,70

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)

Ek-7 Hastane Tür Katsayısı

Kodu	Sınıfı	Katsayı
E1	Eğitim hastanesi, genel	1,02
E2.1.	Eğitim Hastanesi, Kalp, Kalp ve Damar Cerrahisi	1,04
E2.2.	Eğitim Hastanesi göğüs veya göğüs cerrahisi alanında hizmet veren	1,06
E3.1	Eğitim hastanesi, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren	1,00
E3.2	Eğitim hastanesi, kadın doğum	1,00
E3.3	Eğitim hastanesi, çocuk alanında hizmet veren	1,00
E4.1	Eğitim hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren	1,04
E4.2	Eğitim hastanesi, kemik hastalıkları alanında hizmet veren	1,04
E5	Eğitim hastanesi, ruh sağlığı alanında hizmet veren	1,06
E6	Eğitim hastanesi, göz hastalıkları alanında hizmet veren	1,00
E7	Eğitim hastanesi, onkoloji alanında hizmet veren	1,10
E8	Eğitim hastanesi, diğer	1,00
H1	Yataklı kurum, Yatak sayısı 49 altı	1,00
H3	Yataklı kurum, Yatak sayısı 50-99	1,00
H4	Yataklı kurum, Yatak sayısı 100-499	1,00
H5	Yataklı kurum, Yatak sayısı 500 ve Üstü	1,04
H6	Yataklı kurum, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren	1,00

H7.1	Yataklı kurum, fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren	1,04
H7.2	Yataklı kurum, kemik hastalıkları alanında hizmet veren	1,06
H8.1.	Yataklı kurum, kalp, kalp ve damar cerrahisi	1,04
H8.2.	Yataklı kurum, göğüs veya göğüs cerrahisi alanında hizmet veren	1,06
H9	Yataklı kurum, ruh sağlığı alanında hizmet veren	1,06
H10	Yataklı kurum, deri, lepra ve zührevi sağlığı alanında hizmet veren	1,06
H11	Yataklı kurum, acil yardım ve travmatoloji sağlığı alanında hizmet veren	1,00
H12	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	1,00
H13	Yataklı kurum, onkoloji alanında hizmet veren	1,10
H14	Yataklı kurum, diğer	1,00

Kaynak: Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge (2010)