

Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri

Hamza Ateş* -Harun Kırılmaz**

Öz: Yeni kamu yönetim anlayışı ile birlikte öncelikle özel sektörde uygulanan ve daha sonra kamu sektörüne transfer olan modellerden biri de performans yönetimidir. Etkin, verimli, ekonomik hizmet sunumunun yanı sıra vatandaşların beklenti ve taleplerinin karşılanmasında, kalite, şeffaflık, hesap verebilirlik ve adalet ilkelerinin hâkim kılınmasında performans yönetiminin önemi ve etkisi kabul edilmektedir. Performans yönetimi uygulamalarının etkilediği alanlardan biri de sağlık sektörüdür.-Bu araştırma sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşleri üzerinde kişisel faktörlerin etkisini incelemek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı 6 hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler tanımlayıcı analizlerin yanı sıra, tek yönlü ANOVA analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiki analizler sonucunda elde edilen bulgulara bakıldığında sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşlerinin olumsuz olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Performans yönetimi, sağlık sektörü, Türkiye.

The Effects of Personal Factors on Health Staff's views of Performance Management

Abstract: One of the models, which has long been applied in private sector later to be borrowed by the public sector with the notion of New Public Management is performance management. In addition to efficient, effective, and economic service provision, performance management has a major role in meeting the expectations and demands of citizens as well as putting the principles of quality, openness, accountability and equity into practice. Health sector is a field affected by performance management practices.-This research was conducted in six hospitals affiliated to the Ministry of Health in order to explore the effects of individual factors on views of health staffs about performance management. The data collected in the course of the research were evaluated by the one-way ANOVA analysis, along with descriptive analyses. The findings show that health employees have mostly negative views about performance management.

Keywords: Performance management, health sector, Turkey.

* Prof. Dr. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, Göztepe Kampüsü, Kadıköy/İstanbul/Türkiye.

** Yrd. Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Esentepe Kampüsü/Sakarya/Türkiye.

Makale gönderim tarihi: 12.04.2013

Makale kabul tarihi: 26.10.2015

Giriş

1970’li yılların sonunda küresel anlamda yaşanan mali krizler, ‘refah devleti’ anlayışının terk edilmesi ve geleneksel devlet anlayışına hâkim olan değer ve ilkelerin de sorgulanması ve eleştirilmesi sürecini başlatmıştır. Bu süreçte kamu yönetiminde meydana gelen anlayış değişimi sonucunda, uygulamada ve teoride yeni yönetim model, yöntem ve kavramları gündeme gelmiştir. Bu kavramlardan birisi de ‘performans’tır. Dilsel bağlamından bağımsız olarak hemen her alana yerleşen performans kavramı, gündelik hayatımızda yer edindikten sonra ‘yönetim’ alanında önce özel sektörde uygulama alanı bulmuş, ardından da kamu sektörüne transfer olmuştur. Kamu sektöründe performans kavramı, genellikle kelime anlamından daha geniş bir perspektifte ve çoğunlukla ‘performans yönetimi’ olarak kullanılmaktadır. Ancak, performans yönetimi kavramının bir yönetim modelini tanımlamaktan ziyade, devletin rolündeki değişime paralel olarak ‘yeni kamu yönetimi’ yaklaşımının ortaya koyduğu bakış açısını yansıtmakta olduğu da bir gerçektir. Performansın farklı yönlerine vurgu yapan çeşitli ‘reform dalgaları’ daha kapsamlı kamu yönetimi reformları ile etkinliğini yitirmiş gibi gözükmeyle birlikte, kamu yönetimi reformlarında ‘performans’ boyutunun kalıcı bir özellik kazandığı görülmektedir. Zamanlama ve odak noktalarına ilişkin detaylarda birtakım farklılıklar gösterse de, pek çok ülkede uygulanan kamu yönetimi reformlarında performans kavramının ana unsur olarak yer aldığı görülmektedir (Talbot, 2007: 492-493).

Sağlık hizmetleri, 20. yüzyılın son çeyreğinden bugüne performans yönetiminin temel uygulama alanlarından birisi olma konumunu sürdürmektedir. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kullanımını 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 ölçmeye ve geliştirmeye yönelik girişimlerin artmasına neden olmuş, bu çalışmalar son yıllarda ülkelerin kendi çabaları ile sınırlı kalmayıp uluslararası bir boyut kazanmıştır. Bu konuda dönüm noktası, Dünya Sağlık Örgütü’nün 2000 yılında yayınladığı ve ana teması sağlık sistemlerinin performansını ölçmek olan Dünya Sağlık Raporu olmuştur. Bu rapor, sağlık sistemlerinin performansını değerlendirme ile ilgili ölçütleri detaylı olarak ele almış ve uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlamıştır (WHO, 2000). Sağlık sektöründe performans yönetimi konusunda küresel uygulamalara paralel olarak Türkiye’de de ücretlendirme noktasında 2004 yılında hayata geçirilen performans yönetimi modeli, sekiz yıllık süre zarfında bireysel, kurumsal, yönetsel ve klinik performans boyutu ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya devam etmektedir.

Bu çalışmada bazı kişisel faktörlerin sağlık personelinin bireysel ve kurumsal performans algıları üzerindeki etkisi değerlendirilmektedir. Çalışmada ilk olarak performans yönetimi konusu ve performans yönetimi anlayışında değişim süreci ele alınmaktadır. Daha sonra sağlık hizmetlerinde performans yönetimi konusu incelenmekte ve Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeline değinilmektedir. Son olarak sağlık personelinin kadro unvanı, istihdam durumu, öğrenim durumu ve performansla dayalı ücretlerinin bireysel ve kurumsal performans algıları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğu, hastanelerde yapılan bir araştırma ile ortaya konulmaya çalışılmaktadır.

Performans Yönetimi

Herhangi bir kurumda çalışanların etkinliğini artırmak için kullanılan bir yöntem olan performans yönetimini; hedef belirlenmesi, değişikliklerin izlenmesi, mentorluk, motivasyon, yeniden gözden geçirme ve insan kaynaklarının gelişimi gibi birçok aktivitenin bir araya geldiği sistem olarak tanımlamak mümkündür (Luecke, 2010: xi). Performans yönetimi sadece ‘yönetim’ boyutuyla kısıtlı olmayıp kurumun genelini ilgilendirmektedir. Bir kurumda yöneticilerin ve çalışanların sorumluluğu, ortak karar alma ve uygulama, uygulamaların nasıl ve kimler tarafından gerçekleştirileceği ve uygulamaların değerlendirilmesi gibi konular performans yönetimini oluşturan parçalardır (Öztürk, 2009: 6-7).

Performans yönetimi, birçok ülkede gerek merkezi hükümet düzeyinde, gerekse yerel yönetimlerde popülerlik kazanan piyasa temelli kamu yönetimi reformlarının başında gelen yaklaşımlardan biridir. Performans ölçümü, performansla dayalı ücret ve performans denetimi gibi birbirine bağlı bileşenlerin oluşturduğu performans yönetimi uygulamalarının, çalışanların kurumsal bağlılığını da güçlendirdiği varsayılarak (Lee ve Jimenez, 2011: 172); kamu kurumlarında bürokrasiden kaynaklanan olumsuzlukları gidermek ve yönetsel kapasiteyi güçlendirmek amacıyla bu yönetim tekniğine başvurulmaktadır (Walker ve Brewer, 2009: 437-441; Boyne ve Meier, 2009: 800). Hatta önümüzdeki dönemde kamu sektöründe performans yönetiminin daha geniş bir şekilde benimseneceği öne sürülmektedir (Hatry, 2010: 211).

Bununla birlikte, sektörler ve kurumlar düzeyinde performans ölçütlerinin, performans değerlendirme modellerinin ve genel olarak performans yönetimi anlayışının zaman içerisinde değiştiği görülmektedir. Örneğin ilk zamanlarda performans anlayışın temelinde minimum maliyet ile maksimum üretim elde etmek bulunmaktayken, günümüzde rekabetçi koşulların da gereği olarak vatandaş memnuniyeti, kalite, yenilik, şeffaflık ve hesap verebilirlik gibi çok değişik unsurların ön plana çıktığı görülmektedir (Halis ve Tekinkuş, 2003: 170). Buradan hareketle, kamu sektöründe performans yönetimi anlayışında ilk olarak ekonomiklik ve verimliliğe öncelik verilmiş, girdileri kontrol etme

anlayışından sonuç odaklı bir yaklaşım benimseyerek en az girdi ile en çok hizmet üretmek temel amaç olarak kabul edilmiştir. Daha sonra ise daha geniş bir bakış açısı benimsenerek, hedeflerin belirlenmesi ve ölçülmesi ile hedefler ve gerçekleşen sonuçlar arasındaki ilişki önem kazanmıştır (Sözen, 2005: 116-117).

Bu çerçevede, performans kavramının 1970’lerden günümüze geçen süreçte performans anlayışındaki değişim üç dönemde incelenebilir:

1. 1970 – 1990 3 “E” Dönemi
2. 1990 – 2000 “Kalite” Dönemi
3. 2000 Sonrası “Kamusal Değer” Dönemi

1990’lı yıllara gelinceye kadar kamu kurumları ve işletmelerde performans yönetimi anlayışı arasında belirgin bir farklılaşma olmadığı ve ‘etkililik’, ‘verimlilik’ ve ‘ekonomiklik’ ilkeleri üzerine temellendirilen ‘paranın değeri’ anahtar kavramı çerçevesinde şekillendiği söylenebilir (Palmer, 1991). 1990’lara gelindiğinde niceliğe yapılan vurgunun yerini nitelik alarak, kalite, müşteri/vatandaş/çalışan memnuniyeti boyutları önem kazanmıştır. 2000 sonrası dönemde ise performans yönetiminde hâkim olan anlayışın ‘kamusal değer yaratma’ üzerine şekillendiği ve ‘insan odaklı’ bir performansın ön plana çıktığı görülmektedir. Yeni dönemde performans anlayışına hesap verebilirlik, hakkaniyet ve etik ilkelerin damgasını vurduğu düşünülmektedir (Radin, 2006). 1970’lerde performansın anahtar kavramı olarak kabul edilen ‘paranın değeri’nin, 2000’lerden itibaren ‘kamusal değer yaratma’ olarak güncellenmiş olması, kamuda performans anlayışındaki değişimi yansıtmaları açısından dikkat çekicidir (Moore, 1995). Bu söylem değişimi, kamu hizmetlerinin sadece piyasa koşullarında etkili, verimli ve ekonomik olma koşulunu sağlayıp sağlamama yerine özel sektörün sunmadığı eşitlik, adalet ve sosyal sermaye oluşturma gibi hususlarda da kamunun başarısını dikkate almayı amaçlayan daha ‘kamusal’ bir dönüşüm olarak görülebilir (Talbot, 2007: 501).

Ancak, son yirmi yılda pek çok ülkede hayata geçirilen kamu yönetimi reformlarında performans yönetimi önemli bir araç olsa da, birtakım problemleri doğasında barındırdığı gözden kaçırılmamalıdır. Performans değerlendirmesinin çalışanlar üzerinde kontrol ve denetim aracına dönüşmesi, performansa dayalı ödül veya yaptırımların objektif ve adaletli bir şekilde uygulanamaması, performans ölçme ve değerlendirmede kullanılan göstergelerin çoğunlukla yürütülen kamu hizmetiyle doğrudan ilgili olmaması, performans ölçümü ve performansa dayalı ödüllendirmenin çalışanların motivasyonunu olumsuz yönde etkilemesi ve etik dışı davranışlara yol açma riski taşıması dikkat edilmesi gereken konuların başında gelmektedir.

Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi

Günümüzde sağlık sektörü rekabetçi bir nitelik aldıkça, sağlık hizmetleriyle ilgili vatandaşların beklentileri ve ihtiyaçlarının dikkate alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi anlayışı etkili, verimli, ekonomik, erişilebilir ve hakkaniyetli hizmet sunumu ile beraber yönetim anlayışında bir paradigma değişikliğini de gerektirmektedir (Caldwell, 1998: 56). Bu konudaki literatüre genel olarak şu üç yaklaşımın egemen olduğu söylenebilir: Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşımı, OECD'nin sağlık sistemi performans çerçevesi ve Roberts ve arkadaşları tarafından geliştirilen yaklaşım (Tatar, 2007: 156-169).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayınladığı raporla yeniden ve güçlü bir şekilde akademik camianın gündemine gelen performans yönetimi anlayışına göre sağlık sistemlerinin toplumun sağlığını geliştirmesi, vatandaşların beklentilerine cevap vermesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanında adaleti sağlaması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (WHO, 2000). Her bir ülkenin, bu temel amaçları karşılayabildikleri ölçüde sağlık hizmetleri açısından yüksek performans düzeyine ulaştıklarını söylemek mümkündür. Performansı çeşitli boyutlarıyla ölçmeyi öneren OECD de, sağlık sistemlerinin eşitlik, kalite ve verimlilik amaçlarını ne dereceye kadar ölçtüğünü sorgulamakta ve 'erişim' ve sağlık harcamalarının düzeyi gibi diğer boyutları da sistemin unsurları arasına almaktadır. Ancak, OECD'nin performans yönetiminde daha geniş kapsamlı kamu sağlığı faaliyetleri yerine sadece sağlık hizmetlerine odaklanması eleştirilmektedir (Tatar, 2007: 165). Sağlık hizmetlerinde performans yönetimine Roberts ve arkadaşları tarafından geliştirilen yaklaşımda ise, performans yönetiminin amaçları olarak, sağlık statüsü, vatandaş tatmini ve finansal risk koruma sıralanmaktadır. Verimlilik, kalite ve erişim gibi bazen sağlık sistemlerinin temel amaçları olarak algılanan sonuçlar ise ara performans ölçütleri olarak nitelendirilmektedir. Bu modelde 'kontrol düğmeleri' olarak adlandırılan ve finansman, ödeme, örgütlenme, düzenleme ve davranış unsurları üzerinde yapılan ayarlamalarla ara amaçların gerçekleşeceği ve böylelikle sağlık hizmetlerinde hedeflenen performans seviyesine ulaşılacağı ifade edilmektedir (Roberts vd., 2010).

Son dönemlerde sağlık hizmetlerinde performansa olan ilginin arttığı görülmektedir. Bu ilgi, sağlık sektöründe rekabetin ve maliyetlerin artması ve bu konuda kamuoyunda farkındalığın oluşmasıyla açıklanabilir. 20. yüzyılın sonunda ABD ve Avrupa'da ortaya çıkan sağlık hizmetlerinde performans yönetimi anlayışının, kısa zamanda birçok ülkede sağlık reformlarının temelini oluşturduğu; sağlık sektöründe kurumsal yapı ve hizmet sunumunda giderek artan bir şekilde performans anlayışı üzerinde odaklanıldığı görülmektedir (Handler vd., 2001: 1235; Özcan, 2008: 4). Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin

üretiminde büyük bir paya sahip olan, pahalı tıbbi teknoloji yanında yoğun işgücü istihdam eden ve sağlık harcamaları içinde önemli paya sahip olan hastanelerde, mevcut kaynaklarla artan talebe cevap vermenin oldukça güçleşmesi ve maliyetlerin hızla artması performans analizlerinin yapılmasını gerekli kılmaktadır (Karahana ve Özgür, 2011: 151-152).

Sağlık hizmetleri alanında yukarıda söz edilen gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de, Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile performans yönetimi anlayışının temellerinin atıldığını söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda etkinlik, verimlilik ve hakkaniyet ilkelerine göre hareket edilmesini amaçlayan SDP ile sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarında verimliliği esas alınmaktadır. Hakkaniyet ilkesinin gereği olarak da; vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde erişimleri, hizmetlerin finansmanına mali güçleri nispetinde katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24).

Kamu yönetimi anlayışındaki küresel değişimin dayandığı başlıca değerlerle bütünleşen (Saran, 2007: 667) ve sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda performans yönetimi anlayışını amaç edinen SDP, sağlık hizmetlerinde yüksek performans elde etmek için vatandaş memnuniyeti, etkinlik, verimlilik, uzun vadeli sürdürülebilirlik, kaliteli hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerine erişimi (OECD, 2008: 36) temel ilkeler, kalite ve akreditasyon sistemi ile özerk sağlık işletmeleri oluşturmayı ise, kullanılacak araçlar olarak benimsemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 31).

Bireysel performans merkezli olan performansa dayalı ücret temelinde 2003 yılında on hastanede pilot uygulama şeklinde başlayan Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli (SBPYM), 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına yaygınlaştırılmıştır. Aynı yıl, Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında bireysel performans ölçümüne ve performansa dayalı ek ödeme uygulamasına başlanmıştır. 2005 yılından itibaren de, bireysel performans ölçümüne kurumsal performans ölçümü de dâhil edilmiştir (Demir, 2009: 35). 2007 yılında, bakanlık bünyesinde “Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı” kurularak sağlık hizmetlerinde performans yönetimi kurumsallaştırılmıştır (Aydın, 2009: 22-23).

Dinamik bir yapıya sahip olan SBPYM’de zaman zaman revizyona gidildiği de görülmektedir. Özellikle bireysel ve kurumsal performans ölçümü konusunda, geribildirimler ve uygulamada karşılaşılan sorunlar göz önünde bulundurularak birtakım değişikliklerin hayata geçirildiğini söylemek

mümkündür. Bu çerçevede, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliği” ile “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”nde zaman zaman değişikliğe gidilmiştir. Son olarak, SBPYM kapsamında 2010 yılında “Yönetici Performansı Uygulaması” ile “Birim Performans Uygulaması” gündeme gelmiştir. Yukarıda tarihçesine kısaca değindiğimiz SBPYM, başlangıçta kısa vadede sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara çözüm getirmeyi amaçlayan bir araç konumundan, geçen süre zarfında kapsam, uygulama, mali boyut ve sonuçları açısından özgün bir model haline gelmiştir (Demir, 2009: 34). Bugün için her ne kadar SBPYM’nin bireysel, kurumsal ve yönetsel performans ölçümünün yanı sıra, kalite boyutunu da içerdiği görülsede; Sağlık Bakanlığı’nın performans ve kalite stratejisinin odak noktasında “performansa dayalı ücret”in olduğunu ifade etmemiz yanlış olmayacaktır (Demir, 2009: 34).

Sağlık Personelinin Performans Yönetimi Algıları Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkisi Araştırması

Sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşleri üzerinde kişisel faktörlerin etkilerinin incelendiği bu çalışmada, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada sağlık personelinin hem bireysel hem de kurumsal performans yönetimi sistemi ve performansa dayalı ücret uygulamalarına ilişkin görüşleri değerlendirilmiş ve bu değerlendirmelerin sağlık personelinin kadro unvanı, istihdam durumu, öğrenim durumu ve performansa dayalı ücret gibi bazı kişisel özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın amaçlarına uygun olarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

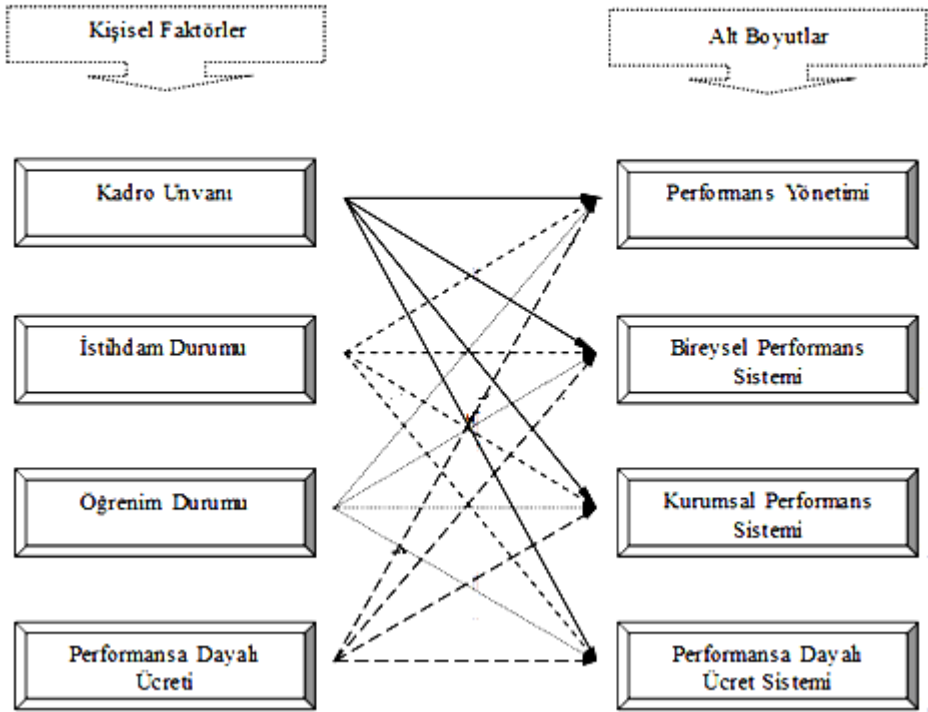
- **H₁:** Sağlık personelinin kadro unvanları ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₂:** Sağlık personelinin kadro unvanları ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₃:** Sağlık personelinin kadro unvanları ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₄:** Sağlık personelinin kadro unvanları ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₅:** Sağlık personelinin istihdam durumları ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₆:** Sağlık personelinin istihdam durumları ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₇:** Sağlık personelinin istihdam durumları ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;

- **H₈:** Sağlık personelinin istihdam durumları ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₉:** Sağlık personelinin öğrenim durumları ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₁₀:** Sağlık personelinin öğrenim durumları ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₁₁:** Sağlık personelinin öğrenim durumları ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₁₂:** Sağlık personelinin öğrenim durumları ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₁₃:** Sağlık personelinin performansa dayalı ücretleri ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₁₄:** Sağlık personelinin performansa dayalı ücretleri ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₁₅:** Sağlık personelinin performansa dayalı ücretleri ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu;
- **H₁₆:** Sağlık personelinin performansa dayalı ücretleri ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmıştır.

Araştırma, Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınarak farklı şehirlerde (İstanbul, Tekirdağ, Uşak, Malatya, Trabzon, Erzurum) bulunan 6 kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Sağlık personeli için geliştirilen ölçek basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle evreni temsil etme gücüne sahip örnekleme uygulanmıştır. Ölçeğin uygulanacağı evrenin tespit edilmesinde ilgili hastanelerin personel sayılarına ait istatistikî verilerden yararlanılmıştır. Evren kapsamındaki hastanelerde görev yapan toplam sağlık personeli sayısı 5.346 (N=5.346) olarak tespit edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde temsil yeteneğini sağlayan örnek büyüklüğü, zaman, maliyet ve veri analizi şartları dikkate alınmıştır. Buna göre kabul edilebilir örneklem büyüklüğü 360 (S=360) olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün araştırmanın evrenini oluşturan hastanelere dağılımını belirlemek amacıyla, her bir hastanenin toplam sağlık personeli sayısının evrendeki toplam sağlık personeli sayısına oranı esas alınmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak belirlenen örneklem büyüklüğünden fazla sayıda kişiye anket formu uygulanmıştır. Anket formuna doldurarak araştırmaya katılan sağlık personeli sayısı 429 (S=429)'dur.

Tablo 1. Evren ve Örneklem

Hastaneler	Personel Sayısı (Evren)	Yüzde	Örneklem	Anket Uygulanan Personel Sayısı
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1.127	21	76	79
Tekirdağ Devlet Hastanesi	563	11	40	59
Malatya Devlet Hastanesi	1.377	26	94	88
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi	813	15	54	71
Uşak Devlet Hastanesi	861	16	58	75
Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	605	11	40	57
Toplam	5.346	100	360	429

Şekil 1. Araştırma Modeli

Öncelikle araştırma yapılan konu kapsamında literatür taraması yapılarak kullanılacak değişkenler belirlenmiştir. Daha sonra bu değişkenler doğrultusunda sağlık personelinin SB PYM hakkında tutumlarını ölçmeye

yönelik ölçek geliştirilmiştir. Söz konusu ölçek ile SB PYM ve araştırmanın yapıldığı kurumun özellikleri göz önünde bulundurularak anket formu hazırlanmıştır. Geliştirilen ölçeğin geçerliliğini test etmek amacıyla konunun uzmanı akademisyenler ile Sağlık Bakanlığı'nda müsteşar yardımcısı, genel müdür, genel müdür yardımcısı ve daire başkanı düzeyinde yetkililerin görüşlerine başvurulmuştur. Daha sonra Sağlık Bakanlığı'nın ilgili biriminde çalışan 30 kişi ile deneme uygulaması yapılarak sistematik ve rastlantısal hata düzeyinin en aza indirilmesi ve ölçeğin geçerliliği hedeflenmiştir. Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi'nde ölçek için belirlenen faktörlerin ve ölçeğin bütününe güvenilirliliğini test etmek amacıyla pilot uygulama yapılmıştır. Elde edilen verilerle SPSS 15.0 kullanılarak güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Pilot uygulama sonuçları genel olarak beklendiği gibi çıkmış ve birkaç ifadenin çıkarılması dışında, ölçekte herhangi bir değişikliğe gerek duyulmamıştır. Yapılan bu değişikliklerden sonra nihai anket formu oluşturulmuştur.

Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket formu kullanılmıştır. Araştırma için hazırlanan anket formu ile nicel veriler toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanan performans yönetimi modeli hakkında sağlık personelinin tutumlarını ölçmeyi amaçlayan bu araştırmada likert ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerde yer alan ifadeler 5'li likert ölçeğine göre derecelendirilmiş olup "1" "Kesinlikle Katılmıyorum", "5" "Tamamen Katılıyorum" şeklindedir.

Araştırma için hazırlanan anket formu iki bölümden ve toplam altmışbir ifade /sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik sekiz kapalı uçlu ifade, bireysel performans sistemine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik yirmidört kapalı uçlu ifade, kurumsal performans sistemine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik oniki kapalı uçlu ifade ve performans dayalı ücret sistemine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik on kapalı uçlu ifade yer almaktadır. İkinci bölüm ise sağlık personelinin kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik dört kapalı uçlu, üç açık uçlu olmak üzere toplam yedi sorudan oluşmaktadır.

Araştırmada toplanan veriler Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS 15.0) paket programı kullanılarak oluşturulan veri tabanına kaydedilmiş, verilerin analizi de aynı program kullanılarak yapılmıştır. Araştırmaya ait veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Hipotezlerin test edilmesinde ise bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla tek yönlü varyans (One-Way ANOVA) analizi kullanılmıştır.

Hipotezleri test etmeden önce, ölçeğin güvenilirliliğini test etmek için Cronbach α güvenilirlilik katsayısı kullanılmıştır. Tablo 2'de ölçeğin alt boyutları

ve Cronbach α güvenilirlik katsayıları yer almaktadır. Araştırmada elde edilen verilerle yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach α katsayısı 0,72 ile 0,95 aralığında çıkmıştır. Sonuç olarak, literatürde dikkate alınması istenen en düşük Cronbach α katsayısı değerinin 0,70 olduğu göz önünde bulundurulduğunda; ölçeğin Cronbach α katsayısının 0,95 olarak ölçüldüğü bu araştırmadaki değişkenlerin güvenilirliğinin oldukça iyi seviyede olduğu söylenebilir.

Tablo 2. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Temel Boyut	Alt Boyut	n	α
Performans Yönetimi Modeli	Performans Yönetimi	8	0,88
	Bireysel Performans	18	0,90
	Kurumsal Performans	12	0,91
	Performansa Dayalı Ücret	7	0,72
	Tüm Ölçek	53	0,95

Bulgular

Örneklemeye İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılan sağlık personelinin bazı kişisel özelliklere göre sayı ve yüzde dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır. Klinik şefi, klinik şef yardımcısı, başasistan ve uzman hekim kadrosunda bulunanlar 'Uzman Hekim' altında gruplandırılmıştır. Asistan hekim ve pratisyen hekim kadrosunda bulunanlar 'Hekim' altında gruplandırılmıştır. Psikolog, biyolog, diyetisyen, fizyoterapist, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı ve tıbbi teknolog kadrosunda bulunanlar 'Sağlık Lisansiyeri' altında gruplandırılmıştır. Hemşire, ebe ve sağlık teknisyeni kadrosunda bulunanlar 'Sağlık Personeli' altında gruplandırılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin % 58,5'inin erkek, % 46,1'in 31-40 yaş aralığında, % 57,6'sının hemşire, ebe ve sağlık teknisyeni, % 33,6'sının önlisans mezunu, %40'nın 10 yıldan daha az çalıştığı, %54,5'inin aylık 1.000 TL'nin altında performansa dayalı ücret aldığı ve '80'inin kadrolu devlet memuru statüsünde (657 sayılı DMK 4/A) istihdam edildiği görülmektedir.

Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamalarına ilişkin görüşleri incelendiğinde ise Tablo 4'te yer alan sonuçlara ulaşılmıştır. PYM'nin kurumsal hedeflerin çalışanlar tarafından paylaşılmasını sağladığı görüşüne katılan sağlık personelinin oranı %27,2'de kalırken, bu görüşe katılmayanların oranı %57,5 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık personelinin % 36,4'ü PYM'nin kurumsal başarıda çalışanların katkısını ortaya koyduğu görüşüne katılırken, %49,7'si bu görüşe katılmadıklarını belirtmiştir. PYM'nin yöneticiler ve çalışanlar arasında açık iletişimi teşvik

ettiği görüşüne sağlık personelinin %21,3'ü olumlu yönde cevap verirken, %62,9'u olumsuz yönde cevap vermiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Kişisel Özellikleri

ÖZELLİKLER	n	%
Cinsiyet		
Erkek	251	58,5
Kadın	178	41,5
İstihdam Şekli		
657 4/A	343	80,0
4924	10	2,3
657 4/B Döner Sermaye	54	12,6
657 4/A Genel Bütçe	22	5,1
Öğrenim		
Lise	30	7,0
Önlisans	144	33,6
Lisans	107	24,9
Yüksek Lisans	53	12,4
Doktora/Tıpta Uzmanlık	95	22,1
Toplam Çalışma Süresi		
≤10 Yıl	172	40,0
11 – 20 Yıl	172	40,0
21 – 30 Yıl	71	17,0
31 – 40 Yıl	14	3,0
TOPLAM	429	100

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
21 – 30	118	27,5
31 – 40	198	46,1
41 – 50	91	21,2
51 – 60	20	4,7
≥ 61	2	0,5
Kadro Unvanı		
Uzman Hekim	94	21,9
Hekim	36	8,4
Eczacı	17	4,0
Sağlık Lisansiyeri	35	8,2
Sağlık Personeli	247	57,6
Aylık Performansa Dayalı Ücret		
≤1.000 TL	234	54,5
1.001 – 2.000 TL	100	23,3
2.001 – 3.000 TL	45	10,5
3.001 – 5.000 TL	41	9,6
≥5.001 TL	9	2,1
TOPLAM	429	100

Sağlık personelinin %31'i PYM'nin bireysel kapasiteyi ortaya çıkardığını, %35,4'ü kurumsal kapasiteyi ortaya çıkardığı görüşüne katıldıklarını ifade ederken; %52,4'ü bireysel kapasiteyi ortaya çıkardığı, %44,2'si ise kurumsal kapasiteyi ortaya çıkardığı görüşüne katılmadıkları belirtmiştir. Çalışanları motive eden faktörlerin ortaya çıkarılması görüşüne katılan sağlık personelinin oranı %60,1 iken; kurumsal vizyon ve hedeflerin çalışanlarca paylaşılması görüşüne sağlık personelinin %61,1'i katılmış; performans değerlendirmenin somut ve ölçülebilir hedeflere dayandırılması görüşünü ise %71,6'sı benimsemiştir.

Ortaya çıkan tabloya göre sağlık personelinin performans yönetimi hakkında görüşlerinin olumsuz olduğu görülmekle birlikte; motivasyon faktörlerine önem verilmesi, katılımcı bir yönetim sergilenmesi ve performans ölçümünün objektif ve somut kriterlere göre yapılmasına katılım düzeyinin oldukça yüksek olması dikkat çekmektedir.

Tablo 4. Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli							
Kurumsal hedeflerin çalışanlar tarafından paylaşılmasını sağlamıştır.	27,7	29,8	15,2	22,6	4,6	2,47	1,241
Çalışanların hastanenin başarısına katkılarını somut olarak ortaya çıkarmıştır.	22,4	27,3	19,0	28,7	7,7	2,72	1,299
Yöneticiler ve çalışanlar arasında açık iletişimi teşvik etmiştir.	28,9	34,0	15,2	19,2	21,1	2,32	1,150
Hastanede bireysel kapasiteyi ortaya çıkarmıştır.	22,8	29,6	16,6	25,6	5,4	2,61	1,238
Hastanede kurumsal kapasiteyi ortaya çıkarmıştır.	18,6	25,6	20,3	29,8	5,6	2,78	1,217
Çalışanları motive eden faktörlerin kullanılmasıyla başarıya ulaşır.	15,2	13,5	11,2	40,1	20,0	3,36	1,348
Kurumsal vizyon ve hedeflerin çalışanlarca paylaşılmasıyla başarıya ulaşır.	12,8	12,4	13,8	45,2	15,9	3,39	1,255
Somut ve ölçülebilir hedeflere dayandırılırsa başarıya ulaşır.	9,3	7,9	11,2	48,3	23,3	3,68	1,185

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kadro unvanı, istihdam durumu, öğrenim durumu ve performans dayalı ücretine göre performans yönetimine ilişkin ifadelerle katılım düzeyleri tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde; kadro unvanı, öğrenim durumu ve performans dayalı ücret ile performans yönetimine ilişkin ifadelerle katılım dereceleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5). Analiz sonucuna göre sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin ifadelerle katılım dereceleri arasında farklılığın kadro unvanı açısından uzman hekim ve sağlık personeli arasında ($p=0,013$), öğrenim durumu açısından lise ve doktora/tıpta uzmanlık arasında ($p=0,004$), performans dayalı ücret açısından ise 1.000 TL ile 2.001 - 3.000 TL arasında olduğu görülmektedir ($p=0,002$). Kadro unvanı, öğrenim durumu ve performans dayalı ücret açısından performans yönetimi hakkında hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinin uzman hekimlere göre olumlu görüşe sahip olmaları dikkat çekmektedir. Uzman hekimlere oranla daha düşük performans dayalı ücret almalarının yanı sıra, bireysel performanslarından ziyade kadro unvanlarına göre sabit bir performans dayalı ücret aldıkları halde hemşire, ebe

ve sağlık teknisyenlerinin performans yönetimi konusunda olumlu görüşe sahip oldukları görülmektedir. Bu durumun Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin mantığı ile örtüşmediğini söylemek mümkündür.

Yapılan analiz sonucunda sağlık personelinin performans yönetimi hakkında görüşlerine ilişkin;

- “**H₁**: Sağlık personelinin kadro unvanları ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiş,
- “**H₅**: Sağlık personelinin istihdam durumları ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi reddedilmiş,
- “**H₉**: Sağlık personelinin öğrenim durumları ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiş,
- “**H₁₃**: Sağlık personelinin performansla dayalı ücretleri ile performans yönetimine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5. Performans Yönetimine İlişkin İfadelere Katılım Düzeyi

	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Ortalama Arasındaki Fark	Farkın Ortaya Çıktığı Grup (Scheffe Testi)
Kadro Unvanı						
A) Hekim	2,980	,880	3,208	,013	,376*	B – C
B) Uzman Hekim	2,636	,984				
C) Sağlık Personeli	3,011	,880				
D) Sağlık Lisansiyeri	2,850	,862				
E) Eczacı	3,103	,955				
İstihdam Durumu						
A) 657 4/A	2,873	,932	1,423	,236		
B) 4924	3,250	,780				
C) 657 4/B Döner Sermaye	3,072	,846				
D) 657 4/B Genel Bütçe	3,068	,823				
Öğrenim Durumu						
A) Lise	3,250	,942	3,853	,004	,589*	A – E
B) Önlisans	3,024	,865				
C) Lisans	2,974	,870				
D) Yüksek Lisans	2,781	,869				
E) Doktora/Tıpta Uzmanlık	2,661	,999				
Aylık Ortalama Performansa Dayalı Ücret						
A) 0 – 1000 TL	2,985	,885	4,214	,002	,490*	A – C
B) 1.001 – 2.000 TL	2,968	,935				
C) 2.001 – 3.000 TL	2,494	,957				
D) 3.001 – 5.000 TL	2,741	,832				
E) ≥ 5.001 TL	3,500	,970				

* 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Sağlık Personelinin Bireysel Performans Sistemine İlişkin Görüşleri

Araştırmaya katılan sağlık personelinin SB PYM kapsamında bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri incelendiğinde Tablo 6'da yer alan sonuçlara ulaşılmıştır. Bireysel performans sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu ifade edenlerinin oranı %40, bireysel performans sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını ifade edenlerin oranı ise %32 olarak belirlenmiştir. Sağlık personelinin %63,9'u SB PYM'nin bireysel performansı arttırmadığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Sağlık personelinin %43,7'si PYM'nin yıllık izin kullanımını, %35,2'si ise sağlık raporu kullanımını azalttığını ifade etmiştir. PYM'nin tam zamanlı çalışmayı teşvik ettiği görüşüne katılan sağlık personelinin oranı %32,6; insan kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını sağladığı görüşüne %27,1; hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımı sağladığı görüşüne ise %29,1 olarak belirlenmiştir.

Sağlık personelinin %53,8'i bireysel performans sisteminin muayene hizmetlerini arttırdığını; %57,6'sı hastaların hekim seçme hakkını kullanımını kolaylaştırdığını; %45'i gereksiz hasta sevklerini azalttığını; %46,2'si ameliyat hizmetlerinde, %46,2'si radyoloji hizmetlerinde, %47,6'sı ise laboratuvar hizmetlerinde bekleme sürelerini azalttığını belirtmiştir. Sağlık personelinin %57,1'i bireysel performans sisteminin çalıştıkları hastanede sağlık hizmeti kullanımının arttığını; %55'i çalıştıkları hastaneye başvuran hasta sayısının arttığını; %53,9'u çalıştıkları hastanede muayene edilen hasta sayısının arttığını; %57,8'i çalıştıkları hastanede hasta muayene süresini azalttığını; %45,3'i çalıştıkları hastanede hastaları bekleme sürelerini azalttığını ifade etmiştir.

Sağlık personelinin %58,5'i bireysel performans sisteminin iş yükünü ve çalışma sürelerini arttırdığını belirtirken, 69,9'u aylık gelirlerini arttırmadığını ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin %57,8'i PYM'nin bireysel performansı objektif olarak değerlendirdiği görüşüne katılırken, yaklaşık %25'i PYM'nin bireysel performansı objektif olarak değerlendirmedini ifade etmiştir. Bireysel performans sisteminin geliştirilerek kullanılmaya devam edilmesi görüşüne katılanların oranı %34,5'te, genel olarak olumlu sonuçlar ortaya koyduğu görüşüne katılanların oranı ise %28,4'te kalmıştır.

Sağlık personelinin performans yönetimi hakkındaki olumsuz görüşlerinin bireysel performans sistemine de yansıdığı görülmektedir. Nitekim sağlık personeli bireysel performans sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olmamasına karşın, özlük haklarını ilgilendiren konularda olumsuz sonuçlara yol açtığını; sağlık hizmetine erişim, etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu, hasta hakları gibi konularda ise olumlu sonuçlara yol açtığını ifade etmektedir. Diğer bir deyişle, bireysel performans sisteminin vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırdığını, hasta memnuniyetini artırdığını, hastaların bekleme sürelerini azalttığını, hasta haklarını pekiştirdiğini düşünen sağlık personeli;

aynı zamanda sistemin objektif olmadığını ve uygulamadan vazgeçilmesi gerektiğini de vurgulamaktadır.

Tablo 6. Sağlık Personelinin Bireysel Performans Sistemine İlişkin Görüşleri

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	Standart Sapma
Performansa dayalı ek ödeme uygulaması;							
Hakkında yeterince bilgi sahibiyim.	11,0	21,0	28,0	28,0	12,0	3,09	1,186
Bireysel performansımı artırdı.	26,6	37,3	16,3	14,9	4,9	2,34	1,163
Sonrasında yıllık izin kullanımım azaldı.	17,2	21,7	17,0	23,0	20,7	3,09	1,402
Sonrasında sağlık raporu kullanımım azaldı.	21,4	25,2	18,2	22,6	12,6	2,80	1,342
Tam zamanlı çalışmayı teşvik etti.	23,1	26,6	17,7	27,0	5,6	2,66	1,252
İnsan kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını sağladı.	23,8	29,1	20,0	24,5	2,6	2,53	1,171
Hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını sağladı.	21,7	28,0	21,0	26,1	3,0	2,61	1,174
Bütün hekimlerin aynı anda poliklinik hizmeti vermesini sağladı.	14,0	13,5	18,6	38,2	15,6	3,28	1,276
Hastaların hekim seçme hakkını kullanımını kolaylaştırdı.	12,4	12,8	17,2	41,3	16,3	3,36	1,249
Gereksiz hasta sevklerini azalttı.	16,6	18,9	19,6	34,7	10,3	3,03	1,269
Ameliyat hizmetlerinde bekleme sürelerini azalttı.	13,8	12,6	27,5	35,2	11,0	3,17	1,200
Radyoloji hizmetlerinde bekleme sürelerini azalttı.	14,2	14,0	26,6	35,2	11,0	3,15	1,217
Laboratuvar hizmetlerinde bekleme sürelerini azalttı.	14,2	15,2	23,1	34,5	13,1	3,17	1,250
İş Yükümü artırdı.	8,2	19,8	13,5	32,6	25,9	3,48	1,287
Çalışma sürelerini artırdı.	8,2	19,8	13,5	32,6	25,9	3,43	1,262
Hastanemizde sağlık hizmeti kullanımını artırdı.	10,3	12,4	20,3	41,0	16,1	3,40	1,195
Hastanemize başvuran hasta sayısını artırdı.	10,0	12,6	22,4	34,0	21,0	3,43	1,234
Hastanemizde muayene edilen hasta sayısını artırdı.	10,7	12,1	23,3	38,5	15,4	3,36	1,194
Hasta muayene süresini azalttı.	8,9	15,6	17,7	36,1	21,7	3,46	1,237
Hastaların bekleme sürelerini azalttı.	15,9	19,1	19,8	37,1	8,2	3,03	1,235
Aylık gelirimi artırdı.	39,4	30,5	12,4	14,0	3,7	2,12	1,184
Bireysel performansımı objektif olarak değerlendirmektedir.	8,9	15,6	17,7	36,1	21,7	2,08	1,096
Geliştirilerek kullanılmaya devam edilmelidir.	24,0	18,2	23,3	28,7	5,8	2,74	1,264
Genel olarak olumlu sonuçlar ortaya çıkardı.	23,5	26,6	21,4	24,0	4,4	2,59	1,209

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kadro unvanı, istihdam durumu, öğrenim durumu ve performansa dayalı ücretine göre bireysel performans sistemine ilişkin ifadelerle katılım düzeyleri tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde; kadro unvanı, öğrenim durumu ve performansa dayalı ücret ile

performans yönetimine ilişkin ifadelerle katılım dereceleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7). Analiz sonucuna göre sağlık personelinin bireysel performans sistemine ilişkin ifadelerle katılım dereceleri arasında farklılığın kadro unvanı açısından uzman hekim ve sağlık personeli arasında ($p=0,007$); öğrenim durumu açısından önlisans ve doktora/tıpta uzmanlık arasında ($p=0,012$); performansla dayalı ücret açısından ise 2.001 – 3.000 TL ve 1.001 – 2.000 TL, 2.001 – 3.000 TL ve 3.001 – 5.000 TL, 2.001 – 3.000 TL ve ≥ 5.001 TL arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Sağlık personelinin kadro unvanı, öğrenim durumu ve performansla dayalı ücret açısından performans yönetimi hakkında görüşleri ile bireysel performans sistemi hakkında görüşlerinin örtüştüğünü söylemek mümkündür. Nitekim uzman hekimlere nazaran hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinin bireysel performans sistemini benimsedikleri görülmektedir. Öğrenim durumu ve performansla dayalı ücret, kadro unvanı ile doğrudan ilgilidir. Bu nedenle değişken olarak temel belirleyici faktörün kadro unvanı olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 7. Bireysel Performans Sistemine İlişkin İfadelerle Katılım Düzeyi

	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Ortalama Arasındaki Fark	Farkın Ortaya Çıktığı Grup (Scheffe Testi)
Kadro Unvanı						
A) Hekim	3,073	,692	3,598	,007	,284*	B – C
B) Uzman Hekim	2,763	,761				
C) Sağlık Personeli	3,047	,651				
D) Sağlık Lisansiyeri	2,883	,524				
E) Eczacı	3,091	,481				
İstihdam Şekli						
A) 657 4/A	2,974	,692	,854	,465		
B) 4924	3,258	,450				
C) 657 4/B Döner Sermaye	2,905	,564				
D) 657 4/B Genel Bütçe	3,042	,721				
Öğrenim Durumu						
A) Lise	3,036	,690	3,279	,012	,308*	B – E
B) Önlisans	3,098	,652				
C) Lisans	2,993	,582				
D) Yüksek Lisans	2,903	,628				
E) Doktora/Tıpta Uzmanlık	2,790	,783				
Aylık Ortalama Ek Ödeme Tutarı						
A) 0 – 1000 TL	3,001	,640	5,899	,000	,490 ,456 ,849	C – B C – D C – E
B) 1.001 – 2.000 TL	3,048	,661				
C) 2.001 – 3.000 TL	2,558	,754				
D) 3.001 – 5.000 TL	3,014	,666				
E) ≥ 5.001 TL	3,407	,568				

*0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Yapılan analiz sonucunda sağlık personelinin bireysel performans sistemi hakkında görüşlerine ilişkin;

- “**H₂**: Sağlık personelinin kadro unvanları ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiş,
- “**H₆**: Sağlık personelinin istihdam durumları ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi reddedilmiş,
- “**H₁₀**: Sağlık personelinin öğrenim durumları ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiş,
- “**H₁₄**: Sağlık personelinin performans dayalı ücretleri ile bireysel performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık Personelinin Kurumsal Performans Sistemine İlişkin Görüşleri

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri incelendiğinde Tablo 8’de yer alan sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre kurumsal performans sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu ifade edenlerin oranı %42,9; kurumsal performans sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını ifade edenlerin oranı ise %28,2 olarak belirlenmiştir. Sağlık personelinin %44,3’ü kurumsal performans sisteminin sağlık hizmetlerinin kalitesini yükselttiğini; %56,9’u hasta hakları anlayışının yerleşmesini sağladığını; %49,7’si hasta memnuniyetini arttırdığını; %47,8’i hasta güvenliği uygulamalarının yerleşmesini sağladığını; %49,2’si hastanenin fiziki koşullarında iyileşme sağladığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Bu sonuçlara göre, kurumsal performans sisteminin sağlık hizmetlerine olumlu yönde katkı sağladığı yönünde görüş bildiren sağlık personelinin oranı yaklaşık %50’de kalmıştır.

Diğer taraftan, sağlık personelinin %66’sı kurumsal performans sisteminin çalışan memnuniyetini arttırmadığı; %52,2’si çalışan güvenliği uygulamalarının yerleşmesini sağlamadığı; %61,6’sı çalışanlar arasında işbirliğini arttırmadığı ve %65,5’i çalışanların motivasyonunu yükseltmediği yönünde görüş bildirmiştir. Kurumsal performans sisteminin geliştirilerek kullanılmaya devam edilmesi görüşüne katılanların oranı %45,4’te, genel olarak olumlu sonuçlar ortaya koyduğu görüşüne katılanların oranı ise %37,5’te kalmıştır.

Sağlık personelinin bireysel performans sistemine kıyasla kurumsal performans sistemi hakkında daha iyi bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Bireysel performans sisteminde olduğu gibi kurumsal performans sisteminin de

sağlık personeli açısından olumlu etkiye yol açmadığının altı çizilirken; vatandaşlar açısından hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti, hasta hakları, hasta güvenliği gibi konuları olumlu yönde etkilediği ifade edilmiştir. Bu durum performans yönetimi modelinin sürdürülebilirliği açısından, sağlık personelinin beklenti ve görüşlerinin dikkate alınması gerektiği sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Tablo 8. Sağlık Personelinin Kurumsal Performans Sistemine İlişkin Görüşleri

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	Standart Sapma
Kurumsal performans uygulaması;							
Hakkında yeterince bilgi sahibiyim.	7,0	21,2	28,9	32,2	10,7	3,18	1,101
Sağlık hizmetlerinin kalitesi yükseltmiştir.	14,7	23,8	17,2	38,2	6,1	2,97	1,205
Hasta hakları anlayışının yerleşmesini sağlamıştır.	14,5	16,3	12,4	46,2	10,7	3,22	1,259
Hasta memnuniyetini arttırmıştır.	12,8	21,2	16,3	41,3	8,4	3,11	1,210
Çalışan memnuniyetini arttırmıştır.	37,8	28,2	15,2	14,9	4,0	2,19	1,204
Hasta güvenliği uygulamalarının yerleşmesini sağlamıştır.	13,1	17,5	21,7	42,7	5,1	3,09	1,150
Çalışan güvenliği uygulamalarının yerleşmesini sağlamıştır.	26,8	25,4	16,8	25,6	5,4	2,57	1,272
Çalışanlar arasında işbirliğini arttırmıştır.	30,1	31,5	16,1	18,2	4,2	2,35	1,203
Çalışanların motivasyonunu yükseltmiştir.	33,1	32,4	15,2	15,6	3,5	2,29	1,572
Hastanenin fiziki koşullarında iyileşme sağlamıştır.	17,9	17,5	15,4	41,0	8,2	3,04	1,277
Geliştirilerek kullanılmaya devam edilmelidir.	18,4	16,8	19,1	34,3	11,1	3,03	1,306
Genel olarak olumlu sonuçlar ortaya çıkarmıştır.	19,1	20,7	22,4	32,6	5,1	2,84	1,217

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kadro unvanı, istihdam durumu, öğrenim durumu ve performansa dayalı ücretine göre kurumsal performans sistemine ilişkin ifadelerle katılım düzeyleri tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde; kadro unvanı, öğrenim durumu ve performansa dayalı ücret ile performans yönetimine ilişkin ifadelerle katılım dereceleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 9). Analiz sonucuna göre sağlık personelinin kurumsal performans sistemine ilişkin ifadelerle katılım dereceleri arasında farklılığın kadro unvanı açısından uzman hekim ve sağlık personeli, uzman hekim ve eczacı arasında ($p=0,000$); öğrenim durumu açısından

doktora/tıpta uzmanlık ve lise, doktora/tıpta uzmanlık ve önlisans, doktora/tıpta uzmanlık ve lisans arasında ($p=0,000$); performansa dayalı ücret açısından ise 2.001 – 3.000 TL ve 1.001 – 2.000 TL arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Performans yönetimi modeli ve bireysel performans sistemi ile benzer şekilde kurumsal performans sistemi hakkında da sağlık personelinin görüşlerinin kadro unvanı, öğrenim durumu ve performansa dayalı ücrete göre farklılık sergilediği görülmektedir. Hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinin uzman hekimlere oranla kurumsal performans sistemi hakkında daha olumlu görüşe sahip olmalarının yanı sıra, eczacıların da uzman hekimlere oranla kurumsal performans sistemi hakkında daha olumlu görüşe sahip oldukları dikkat çekmektedir. Buna göre öğrenim durumu ve performansa dayalı ücret tutarı yükseldikçe, performans yönetimi modeli hakkında olumlu görüş oranının azaldığını söylemek mümkündür.

Tablo 9. Kurumsal Performans Sistemine İlişkin İfadelere Katılım Düzeyi

	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Ortalama Arasındaki Fark	Farkın Ortaya Çıktığı Grup (Scheffe Testi)
Kadro Unvanı						
A) Hekim	2,634	,788	7,612	,000	,500* ,824*	B – C B – E
B) Uzman Hekim	2,455	,881				
C) Sağlık Personeli	2,955	,879				
D) Sağlık Lisansiyeri	2,883	,678				
E) Eczacı	3,279	,631				
İstihdam Şekli						
A) 657 4/A	2,777	,894	1,920	,126		
B) 4924	3,058	1,124				
C) 657 4/B Döner Sermaye	2,957	,727				
D) 657 4/B Genel Bütçe	3,136	,704				
Öğrenim Durumu						
A) Lise	3,156	,977	6,594	,000	,688* ,445* ,504*	E – A E – B E – C
B) Önlisans	2,913	,871				
C) Lisans	2,972	,802				
D) Yüksek Lisans	2,744	,756				
E) Doktora/Tıpta Uzmanlık	2,468	,891				
Aylık Ortalama Ek Ödeme Tutarı						
A) 0 – 1000 TL	2,918	,856	6,137	,000	,609*	C – B
B) 1.001 – 2.000 TL	2,928	,863				
C) 2.001 – 3.000 TL	2,319	,711				
D) 3.001 – 5.000 TL	2,557	,916				
E) ≥ 5.001 TL	3,028	1,011				

* 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Yapılan analiz sonucunda sağlık personelinin kurumsal performans sistemi hakkında görüşlerine ilişkin;

- “**H₃**: Sağlık personelinin kadro unvanları ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiş,
- “**H₇**: Sağlık personelinin istihdam durumları ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi reddedilmiş,
- “**H₁₁**: Sağlık personelinin öğrenim durumları ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiş,
- “**H₁₅**: Sağlık personelinin performansa dayalı ücretleri ile kurumsal performans sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık Personelinin Performansa Dayalı Ücret Sistemine İlişkin Görüşleri

Araştırmaya katılan sağlık personelinin performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri incelendiğinde Tablo 10’da yer alan sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre sağlık personelinin %28,4’ü performansa dayalı ücret sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarını ifade etmiş, %37,8’i ise yeterli bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Sağlık personelinin %57,8’i tavan ek ödeme tutarına esas katsayılar arasındaki farkların makul olmadığı; %57,6’sı kadro-unvan katsayıları arasındaki farkların makul olmadığı ve %58,5’i branşlar arası girişimsel işlem puanları arasındaki farkların makul olmadığı yönünde görüş bildirmiştir.

“Performans puanının hesaplanmasında belirleyici unsur tavan ek ödeme tutarına esas katsayısı olmalıdır” görüşüne sağlık personelinin %24,7’si katılırken, %28,2’si bu görüşe katılmadığını ifade etmiş, %47,1’i ise herhangi bir fikri olmadığını belirtmiştir. “Performans puanının hesaplanmasında belirleyici unsur kadro-unvan katsayısı olmalıdır” görüşüne sağlık personelinin %33,1’i katılırken, %27,5’i bu görüşe katılmadığını ifade etmiş, %39,4’ü ise herhangi bir fikri olmadığını belirtmiştir. “Performans puanının hesaplanmasında belirleyici unsur hekim muayene ve girişimsel işlem puanı olmalıdır” görüşüne sağlık personelinin %26,8’i katılırken, %38,9’u bu görüşe katılmadığını ifade etmiş, %34,3’ü ise herhangi bir fikri olmadığını belirtmiştir.

Hâlihazırda muayene ve girişimsel işlem puanı bulunan uzman hekim ve hekimlerin bireysel performansı doğrudan ölçülmekte ve buna göre performansa dayalı ücret almakta; muayene ve girişimsel işlem puanı bulunmayan sağlık personeli ise kadro-unvan katsayısına ve hastane hizmet puanı ortalamasına

göre dolaylı olarak performansa dayalı ücret almaktadır. Buradan hareketle, muayene ve girişimsel işlem puanı bulunmayan sağlık personelinin bireysel performans puanının hastane hizmet ortalamasına göre hesaplanmaya devam edilmesi görüşüne katılanların oranı %24,3'te kalırken; bu görüşe katılmayanların oranı %46,6 çıkmıştır. Sağlık personelinin %63,4'ü muayene ve girişimsel işlem puanı bulunmayan personelin bireysel performans puanının ölçülebileceği bir sistem getirilmesi görüşüne katılırken; bireysel performans puanının öğrenim durumuna göre farklı katsayılar belirlenerek hesaplanması yönünde görüş bildirenlerin oranı %55,7 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık personelinin performansa dayalı ücret sistemi hakkında bilgi düzeyinin bireysel ve kurumsal performans sistemine oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin performansa dayalı ücret sistemine dayandığı göz önünde bulundurulduğunda, sağlık personelinin sistem hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması önemli bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir. Bu konudaki bilgi yetersizliğinin sağlık personelinin genelinde görüldüğünü ve kadro unvanı, istihdam şekli, öğrenim durumu ve ek ödeme tutarı açısından farklılık arz etmediğini söylemek mümkündür.

Sağlık personelinin performansının değerlendirilmesinde en önemli hususun objektif ve somut ölçütlerin belirlenmesi gerektiği dikkat çekmektedir. Hâlihazırda hekim dışı sağlık personelinin performansının kadro unvanına göre hesaplanması, performans yönetimi modeline getirilen eleştirilen başında gelmektedir. Nitekim hekimlere göre performans ölçümünde branşlar arası girişimsel işlem puanları arasındaki farkların makul olmadığı ve kadro unvanını esas alan bir performans ölçümünün esas alınması gerektiği görüşü öne çıkmaktadır. Başka bir ifadeyle, hekimlerin ürettikleri hizmete göre değişkenlik arz eden, gerek meslektaşları arasında gerekse farklı dönemlerde ele geçen ek ödeme tutarı değişen ve özlük hakları açısından emekliliğe yansımayan bir performansa dayalı ücret sistemi yoğun şekilde eleştirilmektedir.

Diğer taraftan hekim dışı sağlık personelinin objektif ve somut ölçütlere göre ürettikleri hizmeti esas alan bir performansa dayalı ücret sistemi yerine, kadro unvanını esas alan ve sabit bir ek ödeme uygulaması da ciddi şekilde eleştirilere maruz kalmaktadır. Hekim dışı sağlık personelinin de performansının ölçülebileceği bir sistem getirilmesi gerektiğini, en azından öğrenim durumuna göre tatmin edici düzeyde farklılık içeren bir ek ödeme uygulamasının hayata geçirilmesi konusunda görüşlerin yoğunlaştığını söylemek mümkündür.

Tablo 10. Sağlık Personelinin Performansa Dayalı Ücret Sistemine İlişkin Görüşleri

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	Standart Sapma
Performans puanının hesaplanması hakkında yeterince bilgi sahibiyim.	14,5	23,3	33,8	21,2	7,2	2,83	1,135
Tavan ek ödeme tutarına esas katsayılar arasındaki farklar makuldür.	32,6	25,2	32,4	7,9	1,9	2,21	1,045
Kadro-unvan katsayıları arasındaki farklar makuldür.	33,6	24,0	29,1	11,2	2,1	2,24	1,099
Branşlar arası girişimsel işlem puanları arasındaki farklar makuldür.	35,9	22,6	30,5	8,9	2,1	2,19	1,084
Performans puanının hesaplanmasında belirleyici unsur tavan ek ödeme tutarına esas katsayı olmalıdır.	12,8	15,4	47,1	16,8	7,9	2,92	1,071
Performans puanının hesaplanmasında belirleyici unsur kadro-unvan katsayısı olmalıdır.	12,6	14,9	39,4	23,8	9,3	3,02	1,125
Performans puanının hesaplanmasında belirleyici unsur hekim muayene ve girişimsel işlem puanı olmalıdır.	19,1	19,8	34,3	19,6	7,2	2,76	1,180
Hekim dışı sağlık personelinin performans puanı, eğitim durumuna göre farklı katsayılar belirlenerek hesaplanmalıdır.	11,4	11,0	21,9	35,7	20,0	3,42	1,246
Hekim dışı sağlık personelinin de performans puanının ölçülebileceği bir sistem getirilmelidir.	8,2	7,9	20,5	34,3	29,1	3,68	1,204
Hekim dışı sağlık personelinin performans puanı, hastane hizmet ortalamasına göre hesaplanmaya devam edilmelidir.	25,9	20,7	29,1	16,1	8,2	2,60	1,254

Araştırmaya katılan sağlık personelinin kadro unvanı, istihdam durumu, öğrenim durumu ve performans dayalı ücretine göre performans dayalı ücret sistemine ilişkin ifadeler katılımlar düzeyleri tek yönlü varyans analizi ile incelendiğinde ise; kadro unvanı, istihdam durumu, öğrenim durumu ve performans dayalı ücret ile performans dayalı ücret sistemine yönetimine ilişkin ifadeler katılımlar dereceleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Performansa Dayalı Ücret Sistemine İlişkin İfadelere Katılım Düzeyi

	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Ortalama Arasındaki Fark	Farkın Ortaya Çıktığı Grup (Scheffe Testi)
Kadro Unvanı						
A) Hekim	2,742	,708	,694	,597		
B) Uzman Hekim	2,705	,502				
C) Sağlık Personeli	2,817	,665				
D) Sağlık Lisansiyeri	2,846	,401				
E) Eczacı	2,794	,533				
İstihdam Şekli						
A) 657 4/A	2,768	,622	,943	,420		
B) 4924	3,030	,779				
C) 657 4/B Döner Sermaye	2,822	,568				
D) 657 4/B Genel Bütçe	2,900	,477				
Öğrenim Durumu						
A) Lise	2,900	,964	1,211	,350		
B) Önlisans	2,801	,644				
C) Lisans	2,851	,531				
D) Yüksek Lisans	2,691	,597				
E) Doktora/Tıpta Uzmanlık	2,716	,507				
Aylık Ortalama Ek Ödeme Tutarı						
A) 0 – 1000 TL	2,792	,635	1,558	,184		
B) 1.001 – 2.000 TL	2,859	,608				
C) 2.001 – 3.000 TL	2,611	,585				
D) 3.001 – 5.000 TL	2,742	,533				
E) ≥ 5.001 TL	2,978	,412				

Yapılan analiz sonucunda sağlık personelinin performansa dayalı ücret sistemi hakkında görüşlerine ilişkin;

- “**H₄**: Sağlık personelinin kadro unvanları ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi
- “**H₈**: Sağlık personelinin istihdam durumları ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi,
- “**H₁₂**: Sağlık personelinin öğrenim durumları ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi,

- “H₁₆: Sağlık personelinin performansa dayalı ücretleri ile performansa dayalı ücret sistemine ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık olduğu varsayılmaktadır” hipotezi reddedilmiştir.

Sonuç

Kamu hizmetlerinde verimliliğin objektif olarak ölçümü konusunda tartışmalar bulunmakla birlikte, kamu kurumlarının verimliliğini ölçmek için asgari standartların belirlenmesi gerektiği genel olarak kabul edilmektedir. Bu çerçevede kamu kurumlarında performans yönetimi sisteminin hayata geçirilmesi önem arz etmektedir. Kamu kurumlarının çoğunlukla girdi ve süreçlere odaklanmaları ve sonuçları göz ardı etmeleri yönünde yoğunlaşan eleştiriler, kamu hizmetlerinde etkinliği ve sonuçlara odaklanılmasını ön plana çıkarmaktadır. Kamu hizmetlerine kaynak tahsisinde ve kamu kurumlarının bu kaynakları kullanımında performans yönetiminin önemi, özellikle de verimlilik ve etkinliğe ilişkin bilgilerin gerekliliği ortadadır. 1990’lı yıllardan itibaren başta ABD ve İngiltere olmak üzere pek çok ülkede gerçekleştirilen kamu yönetimi reformlarının temel bileşenlerinden olan performans yönetimi olup (Köseoğlu ve Şen, 2014: 132-133), performans ölçümü ve yönetiminin en önemli uygulama alanlarından birisinin de sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir.

Yeni kamu yönetimi anlayışı, vatandaş müşteri odaklı tanımlayarak, hizmet merkezine oturtmuştur. Bu anlayışla yapılan düzenlemelerle, kamu yönetimindeki etkisiz, verimsiz kaynak kullanımı dolayısıyla, israfında önüne geçilerek vatandaşın memnuniyeti hedeflenmiştir. Türkiye’de son 10 yılda genel olarak kamu yönetimi alanında, özel olarak ise sağlık hizmetleri alanında hayata geçirilen reformların temelinde yeni kamu yönetimi anlayışının yer aldığı göz önünde bulundurulduğunda (Karasoy, 2014: 269-270); 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın da ilke ve uygulama açısından bu anlayışa paralel çizgide yer aldığını söylemek mümkündür. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile etkin, verimli, ekonomik, kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunmayı, sağlık göstergelerini iyileştirmeyi, vatandaşları finansal riskten korumayı ve sağlık hizmetlerinden memnuniyeti arttırmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı; söz konusu hedeflere ulaşmak amacıyla başta yasal ve kurumsal alanda olmak üzere önemli uygulamalara imza atmıştır. Ancak, araştırma sonuçlarının da gösterdiği üzere, bu politikanın ve performans yönetimi çerçevesinde hayata geçirilen uygulamaların, sağlık hizmetlerinin emanet edildiği sağlık personeli tarafından oldukça farklı algılandığı görülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre sağlık personelinin; çalışanları motive eden faktörlerin ortaya çıkarılması, kurumsal vizyon ve hedeflerin çalışanlarca paylaşılması ve performans değerlendirmenin somut ve ölçülebilir hedeflere

dayanması dışında performans yönetimi uygulamalarını benimseme düzeyleri oldukça düşük çıkmıştır. Bu sonuca göre sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşlerinin genel olarak olumsuz olduğunu söylemek mümkündür. Kamu performans yönetimi konusunda memurların görüşlerini belirlemeye yönelik yapılan bir araştırmada ise, kurumsal başarı için geleneksel yönetim anlayışının uygulanmasının yeterli olmadığı ve kamu performans yönetiminin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için yeni düzenlemelere ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aynı araştırmada kurumsal performans için en önemli faktörün vatandaş memnuniyeti ve hizmet kalitesi olduğuna da vurgu yapılmıştır (Göküş vd., 2014: 63-66).

Sağlık personelinin performans yönetimi ile bireysel ve kurumsal performans sistemine ilişkin görüşlerinin kadro unvanı, öğrenim durumu ve performansa dayalı ücret açısından farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinin uzman hekimlere göre, lise mezunlarının doktora/tıpta uzmanlık mezunlarına göre, aylık ortalama 1.000 TL performansa dayalı ücret alanların aylık ortalama 2.001 – 3.000 TL performansa dayalı ücret alanlara göre performans yönetimini daha fazla benimsediği görülmüştür. Benzer şekilde hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinin uzman hekimlere göre, önlisans mezunlarının doktora/tıpta uzmanlık mezunlarına göre, aylık ortalama ≥ 5.001 TL performansa dayalı ücret alanların aylık ortalama 2.001 – 3.000 TL performansa dayalı ücret alanlara göre bireysel performans sistemini daha fazla benimsediği görülmüştür. Aynı doğrultuda olmak üzere hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinin uzman hekimlere göre, lise mezunlarının doktora/tıpta uzmanlık mezunlarına göre, aylık ortalama 1.001 – 2.000 TL performansa dayalı ücret alanların aylık ortalama 2.001 – 3.000 TL performansa dayalı ek ödeme alanlara göre kurumsal performans sistemini daha fazla benimsediği görülmüştür.

Bu sonuca göre sağlık personelinin öğrenim düzeyi ve performansa dayalı ücreti arttıkça, performans yönetimini benimseme düzeyi düşmektedir. Diğer taraftan memurların hak ve yükümlülüklerinin performansları üzerindeki etkisinin incelendiği bir araştırmada ise, memurlarının haklarını bilmelerinin, eşitlik, liyakat ve kariyer ilkelerine uyulmasının, mevzuata uygun davranılmasının, ücret düzeyinin, başarı ve çalışmanın ödüllendirilmesini, katılımcı yönetim anlayışının eleştiri ve şikâyetlerin dikkate alınmasının memurların performansını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak hizmet içi eğitimin, sosyal hakların, izin hakkının, işyerinde fiziki çalışma koşullarının uygunluğunun, iş için gerekli araç gereçlerin varlığının ise memurların performansı üzerinde herhangi bir etkiye yol açmadığı görülmüştür (Bilgin, 2004a: 391-392).

Sağlık personelinin bireysel performans sistemi hakkında görüşlerine ilişkin bulgulara göre sağlık göstergelerinin iyileşmesi, etkin, verimli, ekonomik, kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunumunda genel olarak kanaatlerinin olumluluk derecesinin oldukça düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bireysel performans sisteminin iş performanslarını ve gelirlerini arttırmadığı yönünde kanaatlerin yoğunlaşması ve sistemin bireysel performansı objektif olarak değerlendirdiği yönünde olumlu kanaat bildirenlerin oranının %57,8’de kalması dikkat çekicidir. Bu sonuçlara göre, araştırmaya katılan sağlık personelinin bireysel performans sistemi hakkında kanaatlerinin genel olarak olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır. Performansa dayalı ödeme sisteminin hizmet başı veya kişi başı değil, hasta güvenliği ve kalite hedeflerine göre şekillendirilmeye çalışıldığını belirten bir araştırmada da, hekimler ne kadar çok performansa tabi işlem yaparlarsa yapsınlar, performans işlemlerinin oranı ne olursa olsun öncelikle hekimlerin performanslarının ortalaması alınması noktasında sisteme yönelik eleştiri getirilmiştir (Yıldırım Kaptanoğlu, 2011: 143-149). Söz konusu eleştiri, bu araştırmada sağlık personelinin, bireysel performans ölçümünün objektif ve somut ölçütlere dayandırılmadığı görüşüyle örtüşmektedir.

Performans ölçümünde temel stratejinin, kurumun performans ölçüm sistemini uygulanabilir belirli hizmetlerle sınırlamasında ve diğer hizmetleri ölçüm sistemi dışına çıkardığını belirlemesinde olduğu ifade edilmektedir. Bu noktada performans ölçümünde bütüne yönelmenin maliyetli olması ve aşırı veri yığılmasına neden olması gerekçesiyle, kurumun akıllı bir seçim yoluyla performans ölçümünde hizmet sınırlamasına gitmesinin daha uygun olacağı kabul edilmektedir (Öztürk, 2006: 94). Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli’nde performans ölçüm sisteminde tercihin bireysel, kurumsal ve yönetsel ölçütleri barındıran ‘yoğun’ performans ölçümü noktasında gerçekleştiğini söylemek mümkündür. Ancak sağlık personelinin performans ölçüm sistemi hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı ve bu nedenle eleştirdiği göz önünde bulundurulduğunda, ‘hafif’ performans ölçüm sisteminin daha etkili sonuç verebileceği söylemek mümkündür.

Sağlık personelinin kurumsal performans sistemi hakkında görüşlerine ilişkin bulgulara göre, hasta memnuniyetinin artırılması ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunda genel olarak kanaatlerinin olumluluk derecesinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Buna karşın, çalışan memnuniyeti, çalışanlar arasında işbirliğinin sağlanması ve çalışanların motivasyonunun yükseltilmesinde sağlık personelinin kanaatlerinin olumluluk derecesi oldukça düşük çıkmıştır. Bu sonuçlara göre, sağlık personelinin kurumsal performans sistemi hakkında kanaatlerinin genel olarak olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır. Kamu sektöründe performans yönetimi alanında yapılan bir araştırmada, vali ve kaymakamların performansının ölçümünde kişisel performans ölçütlerinin yanı

sıra, görev performans ölçütlerinin de kullanıldığı görülmektedir (Bilgin, 2008: 73-74). Etkili bir performans ölçümü için sağlık personelinin kişisel özelliklerinin yanında, sundukları hizmetin etkinliğini, verimliliğini, ekonomikliğini ve kalitesini ölçmeye yönelik kriterlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği ortadadır. Ancak araştırmadan elde edilen sonuçlar ve yapılan gözlemler çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin sağlık hizmeti sunumunda niceliksel artışa odaklanarak sağlık personelinin kişisel özelliklerini ve sunduğu hizmetin etkinliğini, verimliliğini, ekonomikliğini ve klinik kalitesini göz ardı ettiği görülmektedir.

Sağlık personelinin performansa dayalı ücret sistemi hakkında kanaatlerinin olumluluk derecesi ise çok düşüktür. Sağlık personeline göre tavan ek ödeme tutarına esas katsayılar arasındaki farklar, kadro – unvan katsayıları arasındaki farklar ve branşlar arası girişimsel işlem puanları arasındaki farklar makul değildir. Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliğine göre hâlihazırda muayene ve girişimsel işlem hizmeti veren hekim ve uzman hekimlerin bireysel performans puanı, ürettikleri hizmetlere göre doğrudan ölçülmektedir. Muayene ve girişimsel işlem hizmeti vermeyen sağlık personelinin bireysel performans puanı ise kadro – unvan katsayısına ve hastane hizmet puanı ortalamasına göre dolaylı olarak ölçülmektedir. Performansa dayalı ücret sistemine getirilen eleştiriler, çalışanların performansını doğrudan ve objektif olarak ölçmediği hususunda yoğunlaşmakta olup, objektif ve ölçülebilir performans göstergelerinin belirlenmesi ve bireysel performans ölçümü yapılması noktasında performansa dayalı ücret sisteminde değişikliğe gidilmesi gerekmektedir. Bu sonucu destekler mahiyette gelir getirici nitelikte olmasına rağmen performans puanı verilmeyen işlemlerin detaylı incelenmesi, kronik hasta takibi, bakımı ve eğitimine daha yüksek puan verilmesi, kronik hastaların takibinde bir yıllık yaşam kalitesi puanlarının izlenmesi, sağlık personelinin çalıştıkları birime ait tüm giderlerin birim maliyet analizi yapılması gibi sistem değişikliği önerilerini dikkate almakta fayda vardır (Yıldırım Kaptaoğlu, 2011: 149-150).

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli'nin çalışanlar tarafından benimsenmesinin, performans yönetimi yaklaşımının kabul görmesi ile mümkün olacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan, sadece performans yönetimi modelini uygulamaya başlamakla etkin, verimli, kaliteli, vatandaşların taleplerine duyarlı ve hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunulamayacağı ortadadır. Bu nedenle, çalışanların kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamalarını ve daha da önemlisi kamusal değer ve insan odaklı yönetim anlayışını içselleştirmeleri gerektiği unutulmamalıdır. Performans yönetiminin temel boyutlarının etkinlik, verimlilik, yasallık ve meşruiyet olduğu göz önüne alındığında (Eren, 2009: 9-18); maliyet, süreç verimliliği, hedeflere uygunluk,

eşitlik, objektiflik, paydaşlarca kabul edilme ve destekleme gibi bileşenleri esas alan bir performans yönetimi modelinin esas alınması gerektiğini söylemek mümkündür. Diğer taraftan, kamu kurumlarında performans yönetimini uygulamak için üretilen hizmetlerin girdilere oranı anlamındaki verimlilik anlayışının yanı sıra, hedef kitle için de beklenen faydayı verebilmesi önem arz etmektedir. Bu açıdan performans yönetimi, kurumun en önemli kaynağı olan insan kaynaklarının başarılı bir şekilde yönetilmesini gerekli kılmaktadır (Bilgin, 2004b, 128). Bu çerçevede, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin hedefini ulaşması için vatandaşların ve sağlık personelinin beklentilerine cevap vermesi gerektiği düşünülmektedir.

Etkili bir performans yönetimi sistemi için öncelikle objektif bir performans ölçümüne gereksinim olduğu ortadadır. Ancak performans ölçümünün salt ödüllendirme veya yaptırıma dayalı bireysel performans ölçümünü kapsamaması, kamu hizmetlerinin toplumsal boyutunu gözetmesi şarttır. Aynı zamanda performans ölçümü sadece bireysel düzeyde olmamalı; performans ölçümüne öncelikle kamu politikalarından başlanmalıdır. Kurumsal performans ölçümünü sağlamadan gerçekleştirilen bireysel performans ölçümünün objektif ve adaletli olamayacağı unutulmamalıdır. İyi bir performans ölçüm sisteminin kurumun başarmak istediği amaçlara uygun, olumsuz motivasyona yol açmayan, ilişkilendirilebilir, iyi tanımlanmış, zamanlı, güvenilir, karşılaştırılabilir ve doğrulanabilir özelliklere sahip olması gerektiği düşünüldüğünde (Eren ve Durna, 2007: 121); Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin bu doğrultuda yeniden ele alınmasında ve gerekli değişikliklerin hayata geçirilmesi önerilmektedir.

Kamu kurumlarında performans yönetiminin vizyona, misyona dayalı olarak belirlenen amaçlar ve stratejiler, sonuç (sosyal, politik ve finansal), vatandaş, kurumsal süreç ve insan kaynakları olmak üzere dört boyuta dayandığı düşünüldüğünde; “Hizmetlerimizi nasıl sunmalıyız?”, “Toplumda imajımız nasıl?”, “Toplumsal rolümüz içerisinde neleri gerçekleştirmeliyiz?”, “Maksimum etki için kaynakları nasıl paylaştırmamız ve yönetmemiz gerekir?”, “Hizmet sunduğumuz insanlar kimlerdir?”, “Vatandaşa en iyi biçimde nasıl hizmet verebiliriz?”, “Takdir edilmemiz için neler yapmamız gerekir?”, “Vatandaşlar kurumu nasıl görüyorlar?”, “Süreçlerin etkililiği ve verimliliği nasıl artırılabilir?”, “Kurumun geliştirmesi gereken süreçler nelerdir?”, “Vizyona ulaşmak için hangi düzenlemeler yapılmalıdır?”, “Değer yaratma ve iyileştirmenin sürekliliği nasıl sağlanabilir?”, “Süreçleri başarmak için neler düzenlemek ve değiştirmek zorundayız?” gibi sorulara yanıt verecek bir performans yönetimi modeline ihtiyaç olduğu ortadadır (Usta, 2012: 112-113).

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin odak noktasını performansa dayalı ücret sistemi oluşturmaktadır. Bir yönetim tekniğinden öte

bakış açısını yansıtan performans yönetiminin salt ücret boyutuna indirgenmesine yönelik eleştirilerde haklılık payı olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli, hâlihazırda sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi ve klinik göstergeler açısından ölçüm yapma imkânı sağlayamamakta olup; hizmet başına ödeme yöntemini esas almakta ve üretim temelli bir sisteme doğru kaydığı görülmektedir. Hizmet başına ödeme yönteminin genel olarak sağlık hizmeti üretimini arttırdığı kabul edilmektedir. Bu nedenle hizmet başına ödeme yöntemi yerine, ücretlendirmeyi esas almayan ve kanıta dayalı uygulamalarla sağlık hizmetlerinin verimliliğinin, kalitesinin ve performansının ölçüldüğü bir sistemin esas alınmasında fayda vardır.

Destek

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yürütülmüş, anket formlarının geliştirilmesi sürecinde ve anket formlarının ilgili hastanelere ulaştırılması, sağlık personeli tarafından doldurulması ve toplanması aşamalarında desteklenmiştir.

Kaynakça

- Akdağ, Recep (2007), “Sağlık Hizmetleri Anlayışında Değişim: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli”, Ateş, Hamza, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, (Ed.) *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Asil Yayınları, Ankara, s. 246-250.
- Aydın, Sabahattin (2009), “T.C. Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Stratejisi - Yeni Yaklaşımlar”, Kırılmaz, Harun, (Ed.) *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Cilt 1, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, s. 21-32.
- Aydın, Sabahattin (2007), “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş”, Ateş, Hamza, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, (Ed.) *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Asil Yayınları, Ankara, s. 252-277.
- Bilgin, Kamil Ufuk (2008), “Kamu Performans Yönetimi: Vali ve Kaymakamlar Performans Ölçümü Araştırması”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 41, Sayı 2, s. 59-80.
- Bilgin, Kamil Ufuk (2004a), *Kamu Performans Yönetimi Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi*, TODAİE Yayınları, Ankara.
- Bilgin, Kamil Ufuk (2004b), “Performans Yönetiminde İnsan Kaynağı Planlaması”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 37, Sayı 2, s. 123-147.
- Boyne, George A. ve Kenneth J. Meier (2009), “Environmental Turbulence, Organizational Stability, and Public Service Performance”, *Administration & Society*, Vol. 40, No. 8, s. 799-824.
- Caldwell, Chip (1998), *Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim*, Çev., Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

- Demir, Mehmet (2009), "T.C. Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Stratejisi - Yeni Yaklaşımlar", Editör: Kırılmaz, Harun, *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Cilt 1, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, s. 33-39.
- Eren, Veysel (2009), "Kamu Performans Yönetiminde Ölçüt Sorunu: İdari Faaliyetlerde Başarı Ölçütleri", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 42, Sayı 2, s. 1-21.
- Eren, Veysel ve Ufuk Durna (2007), "Kamu Sektöründe Performansın Anlaşılması ve Geliştirilmesi", *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 40, Sayı 1, s. 107-134.
- Eryılmaz, Bilâl (2010), *Kamu Yönetimi*, 3. Baskı, Okutman Yayıncılık, Ankara.
- Göküş, Mehmet, Erdal Bayrakçı ve Yasin Taşpınar (2014), "Kamu Performans Yönetiminin Memurlar Tarafından Değerlendirilmesi: Bir Alan Çalışması", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Dr. Mehmet YILDIZ Özel Sayısı, s. 57-73.
- Halis, Muhsin ve Mehmet Tekinkuş (2003), "Kamuda Performans Yönetimi", Balcı, Asım, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk ve Bayram Coşkun, (Ed.) *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Dünya ve Türkiye Yansımaları*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s. 169-201.
- Handler, Arden, Michele Issel ve Bernard Turnock (2001), "A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System", *American Journal of Public Health*, Vol. 91, No. 8, s. 1235-1239.
- Hatry, Harry P. (2010), "Looking into the Crystal Ball: Performance Management over the Next Decade", *Public Administration Review*, Vol. 70, Issue Supplement s1, s. 208-211.
- Heinrich, Carolyn J. (2011), "The Performance of Performance Standards" *Employment Research*, Vol. 18, No. 2, s. 4-5.
- Karahan, Atila ve Ersan Özgür (2011), *Hastanelerde Performans Yönetimi ve Veri Zarflama Analizi*, Nobel Yayınları, Ankara.
- Karasoy, H. Alpay (2014), "Türk Kamu Yönetiminde Performans Yönetimine Bir Bakış", *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, Cilt 10, Sayı 22, s. 257-274.
- Köseoğlu, Özer ve Mustafa Lütfi Şen (2014), "Kamu Sektöründe Performans Yönetimi: Politikalar, Uygulamalar ve Sorunlar", *Akademik İncelemeler Dergisi*, Cilt 9, Sayı 2, s. 113-136.
- Lee, Geon ve Benedict S. Jimenez (2011), "Does Performance Management Affect Job Turnover Intention in the Federal Government?", *The American Review of Public Administration*, Vol. 41, No. 2, s. 168-184.
- Luecke, Richard (2010), *Performans Yönetimi*, 2. Baskı, Çeviren: Aslı Özer, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.
- Micheli, Pietro ve Andy Neely (2010), "Performance Measurement in the Public Sector in England: Searching for the Golden Thread", *Public Administration Review*, Vol. 70, Issue 4, s. 591-600.
- Moore, Mark (1995), *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, Harvard University Press, Cambridge.

- Moynihan, Donald P. (2008), *Dynamics of Performance Management: Constructing Information and Reform*, Georgetown University Press, Washington.
- OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü), (2008), *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*, OECD Yayınları.
- Özcan, Yaşar A. (2008), *Health Care Benchmarking and Performance Evaluation*, Springer Science + Business Media, New York.
- Öztürk, Namık Kemal (2006), “Kamu Sektöründe Performans Ölçümü ve Karşılaşılan Sorunlar”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 39, Sayı 1, s. 81-99.
- Öztürk, Ümit (2009), *Performans Yönetimi*, Alfa Yayınları, İstanbul.
- Palmer, Anna J. (1991), *Performance Measurement in the Public Sector: In Theory and Practice*, University of Leicester, Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy at the University of Leicester.
- Radin, Berly A. (2006), *Challenging the Performance Movement: Accountability, Complexity and Democratic Values*, Georgetown University Press, Washington.
- Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman ve Michael R. Reich (2010), *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Çev., Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Saran, Ulvi (2007), “Türk Sağlık Sisteminde Değişim, Yeniden Yapılanma Gereği ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Aktan, Coşkun Can ve Ulvi Saran (Ed.), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul, s. 647-681.
- Sözen, Süleyman (2005), *Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Talbot, Colin (2007), “Performance Management”, Ferlie, Ewan, Laurence E. Lynn ve Christopher Pollit (Ed.), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, New York, s. 491-517.
- Tatar, Mehtap (2007), “Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci”, Ateş, Hamza, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, (Ed.) *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Asil Yayınları, Ankara, s. 151-172.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Usta, Aydın (2012), “Kamu Örgütlerinde Kurumsal Karne Modeli ile Performans Yönetimi: Boyutlar ve Göstergeler”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 45, Sayı 1, s. 99-120.
- Walker, Richard M. ve Gene A. Brewer (2009), “Can Management Strategy Minimize the Impact of Red Tape on Organizational Performance?”, *Administration & Society*, Vol. 41, No. 4, s. 423-448.
- WHO (World Health Organization) (2000), *The World Health Report, Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization Publishing, Geneva.
- Yıldırım Kaptanoğlu, Ayşegül (2011), “Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı”, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, Cilt 1, Sayı 3, s. 142-151.