



T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM
DALI

**TÜRKİYE'DE İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE HEKİM PERFORMANSI VE
BİR UYGULAMA**

Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi

Mustafa Serhat GÜZEL

Danışman

Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ
ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE İKİNCİ BASAMAK
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM
PERFORMANSI VE BİR UYGULAMA**

Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi

Mustafa Serhat GÜZEL

Danışman

Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU

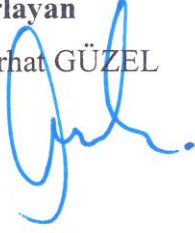
Nevşehir
Ağustos 2016

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Tezi Hazırlayan

Mustafa Serhat GÜZEL



TEZ YAZIM KILAVUZUNA UYGUNLUK

“Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Performansı Ve Bir Uygulama” adlı tezsiz yüksek lisans dönem projesi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Kılavuzu’na uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Mustafa Serhat GÜZEL

Danışman
Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU

Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ulaş ÜNLÜ

İmza

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU danışmanlığında Mustafa Serhat GÜZEL tarafından hazırlanan “Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Performansı Ve Bir Uygulama” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı’nda tezsiz yüksek lisans dönem projesi olarak kabul edilmiştir.

20 /09 /2016

JÜRİ

Danışman :Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU

Üye :Doç. Dr. Neşe YALÇIN

Üye : Doç. Dr. Ayşe CINGÖZ

İMZA

.....
.....
.....

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 23./09/2016 tarih ve 2016.148.768. sayılı Kararı ile onaylanmıştır.

23./09./2016

Doç. Dr. Neşe YALÇIN
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖR

Dönem projemi hazırlamamda emeklerini ve yardımlarını esirgemedten destek veren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU'na sonsuz Őükranlarımı ve teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Mustafa Serhat GÜZEL

Nevşehir, 2016

**TÜRKİYE’DE İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM
PERFORMANSI VE BİR UYGULAMA**

Mustafa Serhat GÜZEL

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme

Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ağustos 2016

Danışman: Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU

ÖZET

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yaşanan yenilenme; özellikle hekimlerin performans belirleme süreçleri, hasta memnuniyet düzeyini etkileyen önemli bir değişkendir. İkinci basamak sağlık hizmetleri performansa dayalı ücret sisteminin etkilerinin en yoğun olarak hissedildiği alandır. Bu kapsamda hekimler ancak yüksek verimlilikle yüksek ücret elde edebilmektedir. Ancak bazı branşlarda verimlilik düşük olmasına rağmen, diğer branşlardan elde edilen katkıyla verimlilik yüksek görülebilmektedir. Bu çalışmada ikinci basamak sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ücret sistemi incelenmiş, gerçek veriler üzerinden hareketle bir sağlık tesisinde performans düzeyleri ve katkıları belirlenmeye çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlar özellikle cerrahi branşların dahili branşlara katkısının yüksek olduğunu göstermekle birlikte, ilginç şekilde operasyonel faaliyetleri düşük olan cerrahi branşların performansa dayalı ücret sisteminden fayda görmediği belirlenmiştir. Ancak yine de sözkonusu cerrahi branşları, dahili branşların katkısıyla performans sisteminden gizli şekilde yararlandığı çalışmanın bir diğer ilgi çekicibulgusudur.

Anahtar Kelimeler: Performansa Dayalı Ücret, Hekim Performansı, İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Medical Performance In Turkey: An Application On Secondary Health Service System

ABSTRACT

The renewal of health services in Turkey, in particular performance setting processes of physicians is an important variable affecting the level of patient satisfaction. Secondary health care services is the area in which the effects of the performance-based compensation system is most heavily felt . In this context; physicians are able to obtain higher wages as long as they achieve higher productivity . But, despite the low productivity in some branches, efficiency may appear high with the contribution from other departments In this study, performance-based compensation system of secondary line health services, is investigated, and the levels of performance and contributions have been determined by using actual data movement through a health care facility. The results obtained reflect especially the high contribution of surgical branches to , internal branches, however, the surgical branches with lower level of operational activities did not get much benefit from the performance-based compensation system .. However, Another interesting finding of the study is that surgical branches in question, benefited from performance system in a somewhat hidden manner with the contribution of the internalbranches.

Key Words: Performance Based Wage, Medical Performance, Secondary Health Service

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
TEZ YAZIM KILAVUZUNA UYGUNLUK	ii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1.Sağlık Alanındaki Gelişmeler.....	2
1.2.Hastane İşletmelerinde Performans Yönetimi Ve Önemi.....	4
1.3.Sosyal Güvenlik Kurumu(Sgk)Nun Performansa Bakış Açısı.....	6
1.4.Literatür Taraması.....	8
1.5.Uygulama.....	11
1.5.1.Araştırmanın Amacı.....	11
1.5.2 Araştırmanın Yöntemi.....	11
1.5.3.Araştırmanın Veri Seti.....	13
1.5.4 Veri Analizi.....	14
1.6.Sonuç	17

KAYNAKÇA.....	
ÖZGEÇMİŞ.....	

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İncelenen Branşlar.....	13
Tablo 2: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin Net Performans Bileşenleri.....	13
Tablo 3: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Branşları Bazında Muayene Sayısı, Muayene Puanı, Ameliyat Sayısı, Ameliyat Puanı ve Toplam puan.....	14
Tablo 4: İkinci Basamak Sağlık Tesisi Olarak Seçilen Hastaneye Ait Net Performans Puanı.....	15
Tablo 5: 01.03.2016 /31.03.2016 Döneminde İkinci Basamak Sağlık Tesislerinde Cerrahi ve Dahili Branşlarda Performansa Dayalı Ek Ödeme Sonuçları.....	16

GİRİŞ

Sağlık hizmeti, insanların önceden deneyiminin olmadığı, bu nedenle de kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı, ancak alması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmettir (Terakye, 2004:8).Sağlık hizmetinin verildiği kurumlarda ; kurumlar arası farklılıklar görülürken, farklı branşlar arası ve aynı branşın farklı hekimleri arasında da farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklar; muayene sayısı, ameliyat sayısı, hasta yatış oranları, doktor memnuniyeti, istenilen tetkikler vs dir. Sağlık sektöründe hekim ve hekim dışı birçok personel görev almasına rağmen, özellikle hekim performansı, hasta memnuniyetinde belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle performans göstergelerinde hekimlerin verdikleri hizmetler, performans puanlarına göre sınıflandırılmakta ve performansa dayalı ücretlendirme sistemleri uygulamaya konulmaktadır.sosyal güvenlik sisteminde performans analizi, gerek hekimlerin tedavi süreçlerine katkısı gerekse hastane işletmelerinin kamu ve özel sektör düzeyinde başarısını etkilemektedir.Bu çalışmada ikinci basamak sağlık tesislerinde görev yapan hekimlerin net performans puanlarının karşılaştırmalı olarak hesaplanması amaçlanmıştır. Bu amaçla ikinci basamak sağlık tesisi olarak seçilen bir hastane işletmesinde 01.03.2016-31.03.2016 dönemi için çalışan hekimlerin net performans puanları ve bu puanlara dayalı ek ödemeleri gerçek veriler üzerinden hesaplanmıştır.

Hizmet işletmelerinde performans belirlenmesi sorunu, bu işlemlerin eş zamanlı tüketimi nedeniyle önem arz eden bir konu olarak varlığını sürdürmektedir. Özellikle sağlık alanında yaşanan yoğunluk, performans kayıplarına yol açmakla birlikte bu alanda ortaya memnun olmayan hastayı çıkarmaktadır. Sağlık sektöründe hekim ve hekim dışı birçok personel görev almasına rağmen, özellikle hekim performansı, hasta memnuniyetinde belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle performans göstergelerinde hekimlerin verdikleri hizmetler, performans puanlarına göre

sınıflandırılmakta ve performansa dayalı ücretlendirme sistemleri uygulamaya konulmaktadır.

Bu çalışma, ikinci basamak sağlık tesislerinde görevli hekim personelin hizmetlerinde performans düzeyinin belirlenmesine ve performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekim performansı üzerine etkilerini araştırmaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık alanındaki gelişmelerden bahsedildi.Bölüm ikide, hastane işletmelerinde performans yönetimi ve önemine değinildi. Bölüm üçte, sosyal güvenlik kurumu(sgk)nun performansa bakış açısı incelendi. Dördüncü bölümde, literatür taraması yapıldı. Beşinci bölümde ise bir uygulamaya yer verildi. Altıncı bölümde uygulamanın sonuçları ve bir takım öneriler yer aldı.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Sağlık Alanındaki Gelişmeler

Türkiye, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001’de gerçekleştirmiş, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP)’ni uygulamaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Sağlıkta dönüşümün amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halkasunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. 2003-2008 döneminde, SDP reformlarının çok önemli adımları gerçekleştirilmiştir. Reformlardan önce sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı parçalı bir yapı göstermekteydi. Sağlık sigortası beş ayrı kamu sigorta sistemi tarafından sağlanmakta ve bu sistemlerin sundukları fayda paketleri farklılık göstermekteydi.

SDP ile farklı sigorta sistemlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında toplanmaları ve Genel Sağlık Sigortası Sisteminin oluşturulması gibi ana yapısaldeğişimlerin yanında kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için çok önemli reformlar gerçekleştirilmiştir: (i) SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildi.(ii)Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya kondu. (iii) SB hastanelerine, hastane gelirlerinin yönetimi için daha fazla özerklik ve esneklik sağlandı. (iv) Sağlık bilgi sistemleri geliştirildi. (v) Kamu hastanelerinin gelişmiş medikal teknolojiden faydalanmaları yeni yatırımlar ve bu hizmetlerin özel sektörden dış alım yolu (outsourcing) ile teminiyle sağlandı (Akdağ, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2008; OECD, 2009). SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılırken, SSK’lıların tüm kamu sağlık tesislerine ulaşımı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanmasına önem verilmiştir. Sağlık hizmetlerine

erişim eşitliğinin sağlık hizmet talebini artırmasına karşın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2004 yılında Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışının sağlanması amaçlanmıştır. *S.N. SÜLKÜ Maliye Dergisi Sayı 160y Ocak -Haziran 2011*

1.2. Hastane İşletmelerinde Performans Yönetimi Ve Önemi

Performans sözcüğü, belirli bir zaman birimi içerisinde üretilen mal veya hizmet miktarı olarak tanımlanmakta ve literatürde işlevine göre “etkinlik”, “verim”, “çıkıtı” kavramlarıyla; bunun yanı sıra bireyin yeteneği ve motivasyonu arasındaki etkileşimin bir sonucu şeklinde ifade edilmektedir (Torrington ve Hall, 1995: 316; Kalkandelen, 1997: 154; Helvacı, 2002: 156).

İşletme performansı geniş bir bakış açısıyla irdelendiğinde, işletmenin mevcut durumunu, mevcut kaynakları ve örgüt düzeni içinde inceleyerek bilgi verirken, aynı zamanda işletmenin mevcut koşullardaki potansiyel gücünden yararlanma düzeyini de göstermektedir. Bununla birlikte performans ölçümleri işletmenin gelecekte amaçlarına nasıl ve ne düzeyde ulaşabileceğinin de göstergesi olmaktadır (Tarım, 2004: 234). Performans değerlendirilmesinde temel amaç, çalışanların iş tanımlarında ve iş analizlerinde saptanan amaçlara ne ölçüde yaklaştığına ilişkin geribildirim alınmasıdır. Performans değerlendirme işleminin başarıyla uygulanabilmesi için öncelikli olarak iş analizi ve iş tanımlarının yapılmış olması gerekmektedir. İşin gerektirdiği çalışma koşulları, sorumluluk derecesi, ustalık ve yeterlilik düzeyi bilinmeksizin performans değerlemesi işleminin hayata geçirilmesi mümkün değildir (Gürüz ve Gürel, 2006: 237).

Bu kapsamda performans değerlendirmesinin amaçları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Çalık, 2003: 49; Özer, 2009: 16):

- İş performansı hakkında bilgilendirmek,
- İnsan kaynaklarına yönelik stratejik veri üretmek,
- Olumlu değerlendirilenleri ödüllendirmek, düşük performanslıları ayıklamak, eğitimlerini transferlerini ya da disipline edilmelerini sağlamak,
- Test değerlendirmelerine yardımcı olmak,

- Çalışanlar için uygulamada kullanılacak geri bildirimoluşturmak,
- Eğitim programları için hedeflerbelirlemek,
- Örgütsel sorunların tespitine yardımcıolmak.

Diğer yandan somut olarak mal üreten işletmelerde performans belirleme amaç ve şekilleri bu kadar açık ve net iken hastanelerde performans ölçümü veri sağlamada problem yaratan bir konudur. Bununla birlikte hastane ve sağlık kuruluşlarında kar amaçlı, kar amacı gütmeyen ve mülkiyeti devlete ait kuruluşlar birbirleri ile rekabet halindedirler. Bu organizasyonlar farklı amaçlar için rekabet ettiklerinden, performans değerlendirmek oldukça zordur. Bu organizasyonların bütün tipleri için uygun bir performans ölçümü bulmak da oldukça tartışmalı bir konudur (Goldstein vd., 2002:67). Ayrıca hastane hizmetlerinin değerlendirilmesinde temelde klinik ölçütler kullanılmaktadır. Ancak bazı ölçütlerin tüm hastaneler için uygulanması mümkün olmamaktadır. Örneğin sezaryen oranını kullanarak bir değerlendirme yapmak, kadın-doğum hastaneleri, doğum evleri ya da doğum hizmeti de veren hastaneler için uygun olmasına rağmen, doğum hizmeti vermeyen hastanelerle karşılaştırma yapmayı mümkün kılmamaktadır. Benzer durum cerrahi branşlarda hizmet veren hastaneler için de söz konusudur. Ameliyathane hizmetleri bu tür hastanelerde daha yoğun olmaktadır (Akbolat ve Işık, 2012: 420).

Performans kriterlerinin belirlenmesindeki zorluklara rağmen Türkiye’de hastanelerle ilgili en önemli sorun verimsizliktir. Yatak kullanım oranlarının düşüklüğü bunun en belirgin örnekleridir. Bu durumu yaratan nedenlerden bazıları ise aşağıda sıralanabilir(Hayran, 1997; Tarım, 2004:240);

- Hastaneler karmaşık yapıda dinamikorganizasyonlardır.
- Yönetim ve organizasyonları için gerekli profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemektedirler.
- Tıbbi cihaz, laboratuvar malzemelerinde miktar ve kalite eksikliği sorunuvardır.
- Tedavi masraflarının ödenme şekli kapasite kullanımını da etkilemektedir.
- Yardımcı sağlık personeli sayısı yeterlideğildir.

Verimsizliğin nedenlerinden birisi olarak hastanelerin ve sağlık insan gücünün bölgelere, kurumlara göre dağılımındaki dengesizlik gösterilebilir.

Kamu hastanelerinde kapasite kullanım oranı, bir hastanın ortalama kalış gün sayısı, kaba ölüm hızı, hekim başına poliklinik sayısı, hekim başına fiili yatak sayısı, hekim başına fiili hasta günü, hekim başına teorik hasta günü, personel başına fiili hasta günü ve personel başına teorik hasta günü değerleri daha yüksektir. Buna karşılık yatak devir hızı, yatan hasta oranı, hekim başına yatan hasta sayısı ve personel başına yatan hasta sayısı değerleri özel hastanelerde daha yüksektir (Akbolat ve Işık, 2012: 420).

Özel ve kamu hastaneleri ayrımı bu anlamda ödeneklerin kullanılabilmesi ve etkin bir yönetim politikasının uygulanmasının da göstergesidir. Performans ve hasta memnuniyet düzeyi açısından değerlendirildiğinde özel hastanelerin daha fazla tercih edildiği, performans düzeylerinin gerek tedavi başarı düzeyi gerekse fiziksel ortam anlamında daha fazla olduğu söylenebilir. Nihai amaç, kamu ve özel hastanelerin sektörde bir arada performans rekabeti anlamında görev yapması, kaliteli ve verimli hizmet üretmesi ve sağlık sektörünü bir adım daha öteye taşımak olmalıdır.

1.3. Sosyal Güvenlik Kurumu(Sgk)'nun Performansa Bakış açısı

Sağlık hizmeti, insanların önceden deneyiminin olmadığı, bu nedenle de kıyaslama ve sınıma sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı, ancak alması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmettir (Terakye, 2004:8) Bununla birlikte her vatandaşın sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkanı ne yazık ki eşit düzeyde değildir. Bu noktada ülkeler sosyal devlet ilkesi kapsamında, sosyal güvenlik kurumları vasıtasıyla vatandaşlarına sağlık olanaklarından eşit düzeyde yararlanabilme imkanı sunma çabasıdadır. Türkiye’de ise bilindiği üzere bu görev 2006 yılından bu yana Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından icra edilmektedir.

Sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi için yapılan düzenlemeler sonucunda sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin toplam nüfusa oranı % 96 düzeyine ulaşmıştır. (SGK 2016 Yılı Performans Programı SGK 2016 Yılı Performans Programı s:25) Bu kapsamda sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve hizmet

kalitesinin yükseltilmesi sağlanarak sağlık harcamalarının etkin ve verimli hale getirilmesi amaçlanmaktadır

Sağlık harcamalarının etkin ve verimli olmasının yanısıra, vatandaşların söz konusu sağlık hizmetlerinden tatmin olması sağlık personelinin performansına bağlı olmaktadır. Türkiye’de sağlık personelinin istihdam eden kurum ve kuruluşlar, sağlık hizmetlerinin sunumuyla ve finansmanı ile ilgili iki ayrı kategoriye ayrılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan birinci kategoride Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar yer almakta iken hizmetlerin finansmanı ile ilgili ikinci kategoride ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, özel sigorta kuruluşları ve üçüncü taraf yönetim kuruluşları yer almaktadır (<http://perweb.firat.edu.tr>; Erişim tarihi: 13.05.2016). SGK açısından temel hedef hasta memnuniyetine yönelik en iyi sağlık hizmetinin en uygun maliyetlerle sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten beledikleri faydalara, hastaların katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten belediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlere uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur.

Sağlık hizmetlerinin SGK’ ya yüklemiş olduğu finansal yükten dolayı bütçeden yapılan sağlık harcamalarının artması ve karşılaşılan finansal sıkıntılar, konunun SGK açısından önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Konuyla ilgili yürürlüğe konulan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorununun, ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği, son yıllarda bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisinin ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline geldiği belirtilerek, söz konusu tasarının çıkış amacının yaşanan bu finans sorununa çözüm getirmeyi hedeflediği ifade edilmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu:2008).

Tüm bunların sonucu olarak hem hasta memnuniyetinin artırılması, hem ekonomik yükün asgari düzeye indirilebilmesi, hem de sağlık çalışanlarının performanslarının artırılması amacıyla Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında performansa dayalı ücret

yönetim sistemi uygulanmaktadır. Bu sistem sabit maaş ve döner sermayeden her sağlık personelinin görevine ve mesleğine göre ödenen sabit ücret dışında SGK'nın SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) paketleri aracılığı ile gelen ve hastalık başı ödenen ücretlerinin % 50'sinin belli parametrelere göre dağıtımından oluşmaktadır. Bu tip bir performans yönetim sistemini suiistimallerden korunmak için teşhis ile ilişkili gruplar sistemi ile desteklenmesi gerekmektedir. (Kaptanoğlu vd. 2011, s 149). Öte yandan yürürlüğe konulan performans puanı uygulaması ile hekimin gösterdiği performansa dayalı olarak aldığı ücret oranının optimum düzeylere ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu uygulamaya göre hastanede yapılan her işlemin SGK tarafından belirlenen bir fiyatı vardır. Uygulanan işlemin fiyatı ile söz konusu işlemin performans puanı arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Sağlık Uygulama Tebliği'nde fiyatı olan bazı işlemlere performans puanı verilmezken, fiyatı tanımlanmayan bazı uygulamalara ise ekstra performans puanı verilmektedir (Kaptanoğlu vd. 2011, s144).

Ödeme biçimi açısından değerlendirme yapıldığında ise, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde pahalı bir ödeme biçimi olan hizmet başına ödeme sistemlerinin kullanıldığı ancak bunun değiştirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Değişim, öncelikle maaştan "döner sermaye"ye doğru olmuştur. Ancak döner sermayenin de performansa dayalı bir ödeme biçimi olması nedeniyle bu yöntem de aslında hizmet başına ödemenin değişik bir türüdür. Bu nedenle son yıllarda hazırlanan aile hekimliği reform paketi ile öncelikle bu ödeme biçiminin hizmet başından kişi başına ödemeye doğru değiştirilmesi amaçlanmaktadır. (<http://halksagligiokulu.org/> ; Erişim tarihi:13.05.2016)

1.4.Literatür Taraması

Daha önce de belirtildiği gibi sosyal güvenlik sisteminde performans analizi, gerek hekimlerin tedavi süreçlerine katkısı gerekse hastane işletmelerinin kamu ve özel sektör düzeyinde başarısını etkilemektedir. Performans süreçleri bu nedenle hastane işletmeleri için birçok akademik çalışmaya konu olmuştur. Aşağıda performans ölçümlerinin akademik olarak incelendiği çalışmalara yer verilmiştir.

Tarcan vd. (2000) çalışmalarında farklı sınıflara ait 25 hastanede, 360 katılımcının

desteğiyle bir anket çalışması yürütmüşlerdir. Çalışmada iş yeri ortamlarının çalışanların performans düzeylerine katkıları değerlendirilmiş, hipotez testleri geliştirilmek suretiyle söz konusu faktörler incelenmiştir. Bu kapsamda bina konfor düzeyi, binanın yeterliliği, hastane binalarının mülkiyet yapısı temel hipotez bileşenleri olarak seçilmiştir. Çalışma sonucunda bina konfor düzeyinin çalışanların sağlık Őikayetleri ve bina genel yeterlilik düzeyleri hakkındaki tutumlarının açıklanmasında kullanılabileceği bulgulanmıştır. Ayrıca hastane sahipliği kriterine göre sınıflandırılmış hastane gruplarının bu tutum değerleri bakımından anlamlı bir farklılık arz ettiği belirlenmiştir. Helvacı (2002)alışmasında performans yönetimi sürecinde performans değerlendirmenin önemini incelemiştir. Çalışmada performans yönetiminin kapsamı içinde performans değerlendirmenin yeri ve örgütler için önemi vurgulanmış, klasik ve modern performans değerlendirme yöntemleri örneklerle açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışma sonucunda örgütlerin, işgörenlerin sürekli eğitim ihtiyaçlarını karşılamada, güçlü ve zayıf yönlerini ortaya çıkarmada, motivasyonu artırmada etkin performans yönetim uygulamasının önem arz ettiği vurgulanmış, yöneticilerin performans yönetimi ilke ve süreçleri konularında gerekli ve yeterli bilgi, beceriye sahip olmalarının kaçınılmaz olduğu belirtilmiştir.

Tarım (2004) alışmasında sağlık organizasyonlarında performans lme ve dengeli puan cetveli'ni (balance score card) incelemiştir. Çalışmada sağlık hizmetlerinde dengeli puan cetvelinin geliştirilme aşamaları ayrıntılı olarak incelenmiş, sağlık sektöründe dengeli puan cetvelinin kullanım alanlarına ilişkin örnekler geliştirilmiştir.

Çalışma sonucunda dengeli puan cetvelinin sadece üretim işletmelerinde değil, sağlık sektörü gibi hizmet işletmelerinde de kullanılabileceği, bu amaçla hastanenin stratejik hedeflerinin belirlenmesi, vizyon ve misyon tanımlaması yapılması, tüm çalışanların eğitim eksikliklerinin tamamlanması ve performans boyutlarının ve ölüm kriterlerinin tespit edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Bilgin (2007) alışmasında kamuda ölçülebilir denetime hazırlık olarak incelediği performans yönetimini sadece kamu işletmeleri için incelemiştir. Bu kapsamda kamu

yönetiminde performans yönetiminin amaçları, kamu performans yönetim kriterleri, kamu performans yönetim süreçleri incelenmiş, performans planlaması, performans değerlendirme, performans geliştirme gibi kavramlar aşamalı olarak değerlendirilmiştir. Kamuda performans yönetimi ölçütlerinin de değerlendirildiği çalışmada kamu performans yönetimi çeşitlerine de yer verilmiştir.

Özer (2009) çalışmasında performans yönetimi uygulamalarında performansın ölçümü ve değerlendirilmesini incelemiştir. Çalışma kapsamında performans kavramı ayrıntılı olarak incelenmiş, performans yönetimi uygulamalarına yer verilerek, performans ölçümü konusunda geniş bir literatür taramasına yer verilmiştir. Performans denetimi ve performans değerlendirilmesi konusunda çeşitli görüş ve öneriler geliştirilen çalışmada Türk kamu yönetiminde performans yönetimi uygulamalarına da yer verilmiştir. Çalışma sonucunda tüm kamu kurumlarının uygulayacağı tek tip performans değerlendirme formlarının hazırlanması gerektiği, formların uygulanmaması durumunda önemli yaptırımların getirilmesi gerektiği ve sürecin hesap verebilirlik- sorumluluk – saydamlık ölçütleri içerisinde yürütülmesi gerektiği önerilmiştir.

Eraslan ve Tozlu (2011) çalışmalarında kamu yönetiminde performansa dayalı ücret sistemini incelemişlerdir. Bu amaçla çalışmada kamu yönetiminin personel yapısı ve değerlendirme sisteminin tarihsel gelişimi incelenmiş ve performans sisteminin uygulanabilirliği tartışılmıştır. Ayrıca bu kapsamda performansa dayalı bir ücret sistemi oluşturulurken iş ortamındaki çalışma barışının bozulmaması, çalışma grupları aracılığıyla yön tayin edilmesi,objektifve adil kriterlerin belirlenmesi, kurumların kendi iç işleyişlerine uygun modeller oluşturmalarının sağlanması gibi hususlara değinilmiştir. Çalışmada sistemin işleyişinin daha sağlıklı olması için mevcut personel değerlendirme sistemlerinin analizlerinin yapılması gerektiği vurgulanmış, özellikle Türkiye’de kamu kuruluşlarında uygulanmakta olan az sayıdaki performans değerlendirme sistemlerine ilişkin çeşitli değerlendirme raporları hazırlanması gerektiği belirtilmiştir.

Akbolat ve Işık (2012) çalışmalarında hastane işletmelerinde rekabet stratejileri ve performans konusunu ele almışlardır. Çalışma kapsamında Türkiye’de faaliyette

bulunan hastanelerin rekabet stratejileri incelenmiş, rekabet stratejileri ile performansları arasındaki ilişkinin varlığı araştırılmıştır. Çalışmada anket yöntemi tercih edilmiş, Sağlık Bakanlığı 2007 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı kullanılmıştır. 165 hastanede yapılan anket çalışması sonucunda sağlık sektörüne girişte en önemli engellerin giriş maliyetlerinin yüksek olması ve yasal düzenlemeler olduğu bulgulanmıştır. Bununla birlikte hastane yöneticilerinin yeni hizmet alanlarına girerken rakiplerinin pozisyonlarını dikkate aldıkları, özel hastaneler başta olmak üzere tüm hastanelerin farklılaşma stratejileri izledikleri çalışmanın ilgi çekici bir sonucudur. Rekabet stratejileri uygulayan hastanelerin performanslarının uygulamayan hastanelere göre daha fazla olduğu, mülkiyet biçiminin de performans üzerinde etkili olduğu çalışmanın diğer ilgi çekici sonuçları arasındadır.

Akçakaya (2012) çalışmasında kamu yönetimi performans sisteminde karşılaşılan sorunları ele almıştır. Bu kapsamda performans yönetimi kavramını ayrıntılı olarak incelemiş, performans kavramının boyutlarını değerlendirmiştir. Performans yönetiminin amaçlarının ve performans göstergelerinin de ele alındığı çalışmada kamu yönetiminde performans kriterleri de değerlendirilmiştir.

1.5. Uygulama

1.5.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmada ikinci basamak sağlık tesislerinde görev yapan hekimlerin net performans puanlarının karşılaştırmalı olarak hesaplanması amaçlanmıştır. Bu amaçla ikinci basamak sağlık tesisi olarak seçilen bir hastane işletmesinde 01.03.2016-31.03.2016 dönemi için çalışan hekimlerin net performans puanları ve bu puanlara dayalı ek ödemeleri gerçek veriler üzerinden hesaplanmıştır.

1.5.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma kapsamında ikinci basamak sağlık hizmetleri dahili ve cerrahi branşlarda görev yapan 18 hekime ilişkin net performans puanları 14.02.2013 tarih ve 28559 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik ve 24.03.2013 Tarih 28597 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği esas alınarak hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamalar sonucunda elde edilen performans puanları dahili ve cerrahi branşlar için karşılaştırmalı olarak

değerlendirilmiş, performansa katkısı yüksek olan birimler belirlenmiştir.

Mesai içi çalışan personelin net performans puanları 14.02.2013 tarih ve 28559 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik ve 24.03.2013 Tarih 28597 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği’ne göre aşağıdaki şekilde hesaplanmaktadır:

- **1 Adım:** Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, uzman diş tabibi ve diş tabipleri net performans puanı = (Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) şeklinde hesaplanır.

- **2. Adım:** Tüm doktorların performans puanları toplanarak, hastaneye ait net performans puanı bulunur, ardından bulunan değer hastane personele sayısına bölünerek, döneme ilişkin hastanenin personele ek ödeme katsayısı bulunur. Ek Ödeme katsayısı, hekimin net performansıyla çarpılarak, hekimin performansa dayalı alacağı ek ödeme hesaplanır.

- **3. Adım:** İkinci adımda hesaplanan tutar ile birim performans katsayısı çarpılarak ödemeye esas tutar hesaplanır. Birim performans puanının hesaplanması ise aşağıdaki adımlara göre gerçekleştirilir:

a. *Ameliyat ve girişimsel işlem puanı oranı:* Cerrahi branşlarda görev yapan her bir uzman tabip tarafından girişimsel işlemler listesinde yer alan A1, A2, A3, B, C ve D grubu ameliyat ve girişimlerden o dönem elde edilen toplam puanın, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanına oranı hesaplanır.

b. *Cerrahi branş birim performans katsayısı:* Ameliyat ve girişimsel işlem puanı oranına karşılık gelen ve (0,85) ilâ (1) arasında değişen katsayı hesaplanır.

c. *Vizit puanı oranı:* Dâhili branşlarda görev yapan her bir uzman tabip tarafından servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilen vizit puanlarından o dönem elde edilen toplam puanın, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanına oranı hesaplanır.

d. *Dâhili branş birim performans katsayısı:* Vizit puanı oranına karşılık gelen ve (0,85) ilâ (1) arasında değişen katsayı hesaplanır.

- **4. Adım:** Ödemeye esas tutardan sabit tutar çıkarılır.

- **5. Adım:** Döner sermaye sabit ödeme mahsuplaştırmasının ardından kesintiler çıkarılır.

1.5.3.Araştırmanın VeriSeti

Çalışma kapsamında ikinci basamak sağlık tesisi olarak faaliyet gösteren bir sağlık işletmesinin temel faaliyet alanları araştırmanın veri setini oluşturmaktadır. Bu bağlamda 16 adet birim ve bu birimlerde görev yapan uzman hekimlerin 01.03.2016-31.03.2016 döneminde inceledikleri ayakta ve yatan hasta sayıları, operasyon sayıları, unvan katsayıları, çalışma gün sayıları, girişimsel işlemler puanları, ihale satın alma puanları, bilimsel destek puanları veri seti kapsamında ele alınmıştır. Çalışmada kullanılan ikinci basamak sağlık hizmetlerinde incelenen branşlar Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İncelenen Branşlar

CERRAHİ BİLİM DALLARI	DAHİLİ BİLİM
Ortopedi ve Travmatoloji	Acil Servis
Kadın Hastalıkları ve Genel Cerrahi	Fizik Tedavi ve İç Hastalıkları
Üroloji	Nöroloji
Göz Hastalıkları	Ruh ve Sinir
Kbb Hastalıkları	Göğüs Hastalıkları
Beyin Cerrahi	Kardiyoloji
	Dermatoloji
	Çocuk Sağlığı ve

Çalışmada kullanılan ikinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlerin net performans bileşenleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekimlerin Net Performans Bileşenleri

Uzman Tabip Branşı	Bilimsel Destek Puanı
Unvan Katsayısı	Net Performans Puanı
Tavan Unvan Katsayısı	Hesaplanan Tutar
Çalışma Günü	Tavan Tutar
Aktif Gün Çalışma Gün	Ödemeye Esas Tutar
Birim Performans Katsayısı	Döner Sermaye Sabit
Girişimsel İşlemler Puanı	Kalan Tutar
İhale Satın Alma Puanı	

1.5.4. Veri Analizi

Tablo 3: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Branşları Bazında Muayene Sayısı, Muayene Puanı, Ameliyat Sayısı, Ameliyat Puanı ve Toplam Puan

Cerrahi Branşlar	Muayene Sayısı	Muayene Puanı	Ameliyat Sayısı	Ameliyat Puanı	Toplam Puan
Ortopedi ve Travmatoloji	4901	107822	117	93572	201394
Üroloji	2070	45540	107	70787	116327
Göz Hastalıkları	4861	106942	295	126321	233263
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3591	79002	107	93850	172852
Genel Cerrahi	3812	83864	171	126593	210457
Kbb Hastalıkları	7670	168740	150	78290	247030
Beyin Cerrahi	2700	59400	37	35002	94402

Dâhili Branşlar	Muayene Sayısı	Muayene Puanı	Diğer Tetkik Sayısı	Diğer Tetkik puanı	Toplam Puan
Ruh ve Sinir Hastalıkları	3117	65457	500	56722	122179
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	3037	63777	6873	16254	117518
Kardiyoloji	2580	54180	872	12426	101317
Dermatoloji	3280	68880	40	1070	103319
Göğüs Hastalıkları	3359	70539	668	2691	117784
İç Hastalıkları	5468	114828	2883	9933	153117
Nöroloji	2529	53109	126	639	105713
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	6898	144858	601	2488	144847
Acil Servis	18953	398013	618	1344	256507

Tablo 3'te ikinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim branşları bazında muayene sayısı, muayene puanı, ameliyat sayısı, ameliyat puanı ve toplam puanları verilmiştir. Tablo 3'e göre cerrahi branşlarda en yüksek muayene sayısı KBB hastalıkları, en düşük muayene sayısı ise ÜROLOJİ branşlarındadır. Dahili branşlarda ise en yüksek muayene sayısı ACİL

SERVİS, en düşük muayene sayısı ise acil servis branşlarında görülmektedir. Ameliyat sayısı bakımından değerlendirildiğinde ise en yüksek ameliyat sayısı cerrahi branşlarda GÖZ hastalıklarında, en düşük ameliyat sayısı ise BEYİN CERRAHİ branşında görülmektedir. Dahili branşlarda ise diğer tetkikler kapsamında en yüksek sayıya fizik tedavi ve rehabilitasyon branşında, en düşük diğer tetkik sayısı ise dermatoloji branşında görülmektedir.

Tablo 4: İkinci Basamak Sağlık Tesisi Olarak Seçilen Hastaneye Ait Net Performans Puanı

Hastanede Çalışan Toplam Personel Sayısı	1009
Dönem Ek Ödeme Katsayısı	0,081920
Toplam Girişimsel Puan	3.837.518,00
Toplam Net Performans Puanı	12.176.057,10
Hastane Hizmet PuanOrtalaması	39.611,00

Tablo 4'e göre hastane hizmet puan ortalaması, hastanede çalışan kişi sayısının 1009 olması nedeniyle, 39.611,00olarak bulunmuştur.

Dönem ek ödeme katsayısı hastane işletmelerinde 1 üzerinden değerlendirildiğinde, söz konusu sağlık tesisi için 0,081920ek ödeme katsayısının yetersiz olduğu, personel sayısının fazla olmasına rağmen, tetkik ve tedavi edilen hasta sayısının yetersiz olduğu bu anlamda hastanenin verimli çalışmadığı söylenebilir. Bu durumu yaratan temel nedenler olarak hastanenin bulunduğu bölge, bölgedeki nüfus hareketliliği, performansa tabi olmayan hekim dışı personelin uygulamaları sayılabilir.

Tablo 5: 01.03.2016 /31.03.2016 Döneminde İkinci Basamak Sağlık Tesislerinde Cerrahi ve Dahili Branşlarda Performansa Dayalı Ek Ödeme Sonuçları

UZMAN TABİP DAHİLİ-CERRAHİ BRANŞLAR	HİZMET ALANI- KADRO UNVAN KAT SAYISI	TAVAN UNVAN KATSAYISI	ÇALIŞMA GÜNÜ	ÇALIŞILAN GÜN KATSAYISI	BİRİM PERFORMANS	MUAYENE VE GİRİŞİMSEL İŞLEMLER PUAN	İHALE SATIN ALMA PUANI	BİLİMSEL ÇALIŞMA DESTEK PUANI	NET PERFORMANS PUANI	DÖNEM EK ÖDEME KATSAYISI	HESAPLANAN TUTAR	TAVAN TUTAR	ÖDEMEYE ESAS TUTAR	DÖNER SERMAYE SABİT ÖDEMEDEN MAHSUP	KALAN TUTAR	KESİNTİLER (GELİR VERGİSİ+DAMGA VERGİSİ)	NET ÖDENEN TUTAR
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ	2,5	7	31	1	1	201394	0	0	503485	0,08192	41245,49	11940	8.300,67	2869,67	5.431,00	1127,4213	5.431,00
RİH VE SİNİR HASTALIKLARI	2,5	7	31	1	1	122179	0	0	305448	0,08192	25022,26	11940	9.240,67	2869,67	6371	1322,5559	6.371,00
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASY	2,5	7	31	1	1	117518	0	0	293795	0,08192	24067,69	11940	9.737,67	2869,67	6868	1425,7281	6.868,00
ÜROLOJİ	2,5	7	31	1	1	116327	0	0	290818	0,08192	23823,77	11940	10.197,39	2869,67	7327,72	1521,1614	7.327,72
KARDİYOLOJİ	2,5	7	31	1	1	101317	0	0	253293	0,08192	20749,72	11940	9.506,66	2869,67	6636,99	1377,7728	6.636,99
DERMATOLOJİ	2,5	7	31	1	1	103319	0	0	258298	0,08192	21159,73	11940	9.264,12	2869,67	6394,45	1327,4239	6.394,45
GÖZ HASTALIKLARI	2,5	7	31	1	1	233263	0	0	583158	0,08192	47772,26	11940	10.415,74	2869,67	7546,07	1566,4887	7.546,07
BEYİN CERRAHİ	2,5	7	31	1	1	94402	0	0	236005	0,08192	19333,53	11940	6.975,20	2869,67	4105,53	852,26697	4.105,53
AİLE HEKİMİ	2,5	7	31	1	1	14914	0	0	37285	0,08192	3054,387	11940	6.929,56	2869,67	4059,89	842,79257	4.059,89
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM	2,5	7	31	1	1	172852	0	0	432130	0,08192	35400,09	11940	10.276,79	2869,67	7407,12	1537,644	7.407,12
GÖĞÜS HASTALIKLARI	2,5	7	31	1	1	117784	0	0	294460	0,08192	24122,16	11940	10.381,62	2869,67	7511,95	1559,4057	7.511,95
İÇ HASTALIKLARI	2,5	7	31	1	1	153117	0	0	382793	0,08192	31358,36	11940	7.186,70	2869,67	4317,03	896,17226	4.317,03
NÖROLOJİ	2,5	7	31	1	1	105713	0	0	264283	0,08192	21650,02	11940	8.163,62	2869,67	5293,95	1098,9711	5.293,95
KBB HASTALIKLARI	2,5	7	31	1	1	247030	0	0	617575	0,08192	50591,74	11940	14.499,38	2869,67	11629,71	2414,2115	11.629,71
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	2,5	7	31	1	1	144847	0	0	362118	0,08192	29664,67	11940	7.700,97	2869,67	4831,3	1002,9296	4.831,30
ACİL SERVİS	2,5	7	31	1	1	256507	0	0	641268	0,08192	52532,63	11940	9.369,39	2869,67	6499,72	1349,2769	6.499,72

Tablo 5'e göre 01.03.2016 /31.03.2016 Döneminde İkinci Basamak Sağlık Tesislerinde Cerrahi ve Dahili Branşlarda Performansa Dayalı Ek Ödeme Sonuçları incelendiğinde; performansa dayalı en yüksek ücretin KBB bilim dalında olduğu, en düşük ücretin ise BEYİN CERRAHİ bilim dalında ortaya çıktığı görülmektedir. Bunun sebebi ise KBB branşında yapılan muayene ve ameliyat sayılarının BEYİN CERRAHİ branşına göre oldukça yüksek olmasıdır.

1.6. Sonuç

Bu çalışmada ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir sağlık tesisi için performansa dayalı ücretlendirme sistemi incelenmiş, güncel veriler üzerinden birim bazında performansa dayalı ücretler ile hastane performans puanları hesaplanmıştır.

Dağıtılan toplam ek ödeme miktarı, döner sermaye komisyonu tarafından karar verilen tutar olmayıp, komisyonca karar verilen tutar üzerinden bahsi geçen Yönetmelik esaslarına göre yapılan hesaplamalar sonucu gerçekleşecek dağıtım tutarı kadardır. Döner sermaye komisyonlarının en önemli fonksiyonu, kurumun gelir-gider dengesi ile borç, alacak, nakit durumu ve ihtiyaçlarını gözeterek, personele dağıtılacak ek ödeme tutarını belirlemektir. Bu değerlendirme ise ay sonunda dağıtılacak miktarı ortaya koymakta ve hastane personelinin o ayki verilere göre alacağı ek ödeme değişmektedir. Sonuç olarak hastane performansının yüksek olduğu aylarda dağıtılan ek ödeme yüksek olmakta ve buna bağlı performans artışları teşvik edilmektedir.

Performans sistemi, bu zamana kadar özel sektörde kullanılan çağdaş performans yönetimi kavramlarını kamusal alana sokmuştur. Sistem, sağlık hizmetlerinde kamu kaynaklarının verimli ve etkin kullanılmasını sağlamıştır. Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmıştır ve hastaya hekim seçme hakkını güçlendirmiştir. Bu sonuçlar hasta lehine çok önemli katkılar sağlamış ve özellikle performans uygulaması hastaların memnuniyetini ciddi oranda artırmıştır.

Sistem, sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek, bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Buda Kamu hastanelerini özel hastanelerle rekabet edebilecek duruma gelmelerini kolaylaştırmıştır

Her husus eleştiriye muhtaçtır ve bu geri bildirimlerin değerlendirilmesi ile gelişir. Ancak, yapılan geri bildirimler ne kadar sistem kavranarak yapılırsa, o derecede etkili ve yararlı hale gelir. Sağlık bakımından, olumsuz yan etkilere yol açmayan hiç bir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir. Bu yüzden her zaman eleştirilecek

yönü bulunacaktır.Önemli olan belirlenen hedeflere en fazla yaklaşabilme başarısıdır.(Aydın, 2008:1).

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlayan kurumsal ve bireysel performans sistemi döner sermaye gelirlerinin bölüşümünde istismara yol açacak niteliktedir.personel arasında çatışmalara neden olmaktadır.

Belirli branşlarda daha fazla puan kazanarak, daha fazla ek ödeme almak mümkün olmakla birlikte, diğer branşlara mensup çalışanların döner sermayeden daha az ek ödeme alması durumu ortaya çıkmaktadır. Farklı branşlara mensup hekimlerin aldıkları ek ödemeler arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır.Doktorların daha fazla performans puanı toplayabilmek için, hastalara daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya bakma eğilimleri ortaya çıkmaktadır. Bu durumun hizmetin kalitesinin düşmesine yol açabileceği endişeleri mevcuttur.Döner sermaye uygulaması ile birlikte sağlıkta özelleştirmenin adımları atılmış, “müşteri” odaklı anlayışın uygulanmak istenmesi, sağlığı temel bir insan hakkı olmaktan çıkardığı gibi kamu kuruluşlarında hasta-sağlık emekçisi arasına para kavramının girmesine neden olmuştur.

Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmalıdır.Uygulanmaya çalışılan yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yönelik geliştirilmelidir

KAYNAKÇA

- Aydın, S. (2008), “Sağlıkta Performans: Ne İçin Nereye Kadar”,
http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereyekadar.pdf
- AKBOLAT M. IŞIK O., Hastanelerde Rekabet Stratejileri ve Performans, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1), Erzurum 2012, 401-424
- Akçakaya M., Kamu Sektöründe Performans Yönetimi ve uygulamada Karşılaşılan Sorunlar, Karadeniz Araştırmaları, Sayı: 32, Kış 2012, ss 171-202
- Bilgin K. U. Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık “Performans Yönetimi”, Nisan-Haziran 2007, Sayı: 65 (145. Yıl Özel Sayısı), ss 53-87
- D. Torrington ve Hall L. (1995), Personel Management, HRM in Action Ankara, 2004 Kalkandelen, H. (1997), Örgütlerde Yeniden Yapılanma ve Norm Kadro, Anı Yayınları, Ankara
- Eraslan M. T. TOZLU A. Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi, Sayıştay Dergisi, Sayı: 81, Nisan-Haziran 2011 Ankara, ss 33-61
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/tsh_5_kitap.pdf
#page=13 s:21 erişim tarihi ve saati: 13.05.2016
- Helvacı M. A., Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt:35, Sayı: 1-2, Ankara, 2002, ss 155- 169
- Hayran O. (1997) Sağlık Düzeyi Göstergeleri ve Hizmetler Açısından Ülkeler Arası Kıyaslama, Hastane Yöneticiliği, Nobel Kitabevi Ankara, 1997
- Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reform; Sağlık Personel Reformu: 1980-2010 Dönemi
http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1624/1624_61541.pdf#page=

[177](#) s:178; erişim tarihi ve saati 13.05.2016 13:46

ÖZER A., Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi, Sayı : 73, Nisan-Haziran 2009, Ankara, ss 3-29

SGK 2013 YILI PERFORMANS PROGRAMI s:15
www.sgk.gov.tr/wps/wcm/.../2013_performans_programi.pdf

SGK 2013 YILI PERFORMANS PROGRAMI s:25
www.sgk.gov.tr/wps/wcm/.../2013_performans_programi.pdf

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2008)

TARCAN E. Varol E. Ateş M. Bina Kalitesi ve Sağlık İşletmelerinin Performansları Üzerine Etkileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:5 Sayı:4, Ankara 2000, ss 95-121

TARIM M. Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard), Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7 Sayı:2, Ankara 2004, ss 233-248

TERAKYE G., (2004), Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir? Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum

ÜLKÜ S.N. Maliye Dergisi y Sayı 160y Ocak -Haziran 2011

Yükseköğretim ve Bilim Dergisi; Cilt 1, Sayı 3, Aralık 2011; S: 144-149
Kaptanoğlu-Yıldırım, Peksu & Bayraktar, 2011 5.Teme 1.Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11Mayıs 2007;

14.02.2013 tarih ve 28559 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik

24.03.2013 Tarih 28597 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği

13.05.2016 11:31

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

AdıveSoyadı : Mustafa Serhat GÜZEL
Uyruğu : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Ürgüp / NEVŞEHİR–06.05.1988
Telefon : 0545 596 50 50
E-Posta : serhat_archil@hotmail.com
Yazışma Adresi : Nevşehir Devlet Hastanesi, Merkez /NEVŞEHİR

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2014

YABANCI DİL

İngilizce