T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL PERFORMANS YÖNETİMİ VE BİR UYGULAMA

ÖZLEM GÜDÜK

DANIŞMAN
DOÇ. DR. EMRAH ÖNDER

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 16.09.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Emrah ÖNDER
İstanbul Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Doç. Dr. Selma SÖYÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Eda YILMAZ ALARÇİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Mehves TARIM
Marmara Üniversitesi
Sağlık Yönetimi Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Pakize YİĞİT
Medipol Üniversitesi
Tıp Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Özlem GÜDÜK



İTHAF

Sayın Doç. Dr. Yaşar SERTBAŞ'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Kız kardeşim Dr. Özden GÜDÜK, tez danışmanım Doç. Dr. Emrah ÖNDER, tez izlem komitesi üyelerim Doç. Dr. Selma SÖYÜK ve Dr. Öğretim Üyesi Pakize YİĞİT, tezin yazılmasında büyük yardımları olan Doç. Dr. Nihat TAŞ ve Dr. Metin ÖZAYDIN, sevgili ailem ve tüm çalışma arkadaşlarıma desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... XİV
ABSTRACT XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Performans Yönetimi 7
2.1.1. Performansın Tanımı 8
2.1.2. Performans Ölçme Nedenleri 9
2.1.3. Performansı Değerlendirmenin Düzeyleri 13
2.1.3.1. Bireysel Performans Değerlendirme 14
2.1.3.2. Kurumsal Performans Değerlendirme 16
2.1.3.3. Sağlık Sistemleri Performansının Değerlendirilmesi 18
2.1.4. Performansın Boyutları 20
2.1.4.1. Etkinlik (Activity/ Efficiency) 21
2.1.4.2. Etkenlik (Effectiveness) 21
2.1.4.3. Verim 25
2.1.4.4. Verimlilik (Efficiency) 26
2.1.4.5. Eşitlik (Equity) 31
2.1.4.6. Hakkaniyet (Fairness) 34
2.1.4.7. Kalite (Quality) 36
2.1.4.8. Erişebilirlik (Accessibility) 39
2.1.4.9. Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık (Accountability and Transparency) 41

2.1.4.10. Cevap Verebilirlik/Hasta Deneyimleri (Responsibility/Patient Experiences) 44
2.1.5. Performans Ölçümü, Standartlar ve Göstergeler 48
2.1.6. Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçümünün Zorluğu 51
2.1.7. Kurumsal Performans Yönetiminde Sıklıkla Kullanılan Methodlar.....54
2.1.7.1. Finansal Performans Ölçüm Yöntemleri.....55
2.1.7.2. Veri Zarflama Analizi –VZA (Data Envelopment Analysis- DEA).....57
2.1.7.3. Kurumsal Karne (Balanced Score Card-BSC).....60
2.1.8. Kamuda Performans Yönetiminin Tarihçesi.....64
2.1.9. Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetiminin Tarihçesi 65
2.1.10. Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Örnekleri 67
2.1.10.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı 67
2.1.10.2. Avustralya 68
2.1.10.3. Birleşik Krallık.....70
2.1.10.4. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 72
2.1.11. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi 74
2.1.12. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerlendirmeye Dair Uygulamalar.....80
2.1.12.1. Aile Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Performansının Değerlendirilmesi ...80
2.1.12.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi.....82
2.1.12.3. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Performansının Değerlendirilmesi.....85
2.1.12.4. İl Sağlık Müdürlüğü Yönetici Performansı Değerlendirmesi 86
2.1.12.5. Kurumsal Karne (Verimlilik Karnesi) Uygulaması 88
2.1.12.6. Sağlıkta Kalite Standartları 89
2.1.12.7. Sağlıkta Akreditasyon Hizmetleri 90
2.2. Hastanelerde Kurumsal Performansı Etkileyen Personel Davranışları 92
2.2.1. Örgütsel Bağlılık.....92
2.2.1.1. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler.....93
2.2.1.2. Örgütsel Bağlılığın Ölçümü 96
2.2.1.3. Örgütsel Bağlılığın Etkileri (Sonuçları).....98
2.2.2. İş Tatmini (İş Doyumu).....100
2.2.2.1. İş Tatmininin Ölçümü 102

2.2.3. Personel Devir Hızı 104
2.3. Çok Değişkenli Regresyon Analizi 107
3. GEREÇ VE YÖNTEM 113
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 113
3.2. Araştırmanın İş Akışı 113
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı 116
3.4. Araştırmanın Modeli 117
3.5. Araştırma Sorusu ve Hipotezler 119
3.6. Örneklem 120
3.7. Araştırmada Kullanılan Verilere Dair Bilgiler 121
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları 122
4. BULGULAR 123
4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler 123
4.2. Bağımsız Değişkenlere Ait Ön Analizler 128
4.2.1. Örgütsel Bağlılık Ölçeğine Ait Bulgular 128
4.2.2. İş Tatmini Ölçeğine Ait Bulgular 133
4.2.3. Algılanan Kurumsal Performans Ölçeğine Ait Bulgular 137
4.3. Hastane Personel Devir Hızlarına Ait Bulgular 140
4.4. Bireysel Boyutta Yapılan Analizler 142
4.5. Kurumsal Boyutta Yapılan Analizler 149
5. TARTIŞMA 156
6. SONUÇ 181
KAYNAKLAR 184
FORMLAR 208
ETİK KURUL KARARI 215
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 218
ÖZGEÇMİŞ 219

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Kurumsal Performans Modelleri 4
Tablo 2-2: Etkenlik Çeşitleri ve Değerlendirme Metotları 23
Tablo 2-3: Sağlıkta Performans Yönetiminin Tarihsel Süreci 78
Tablo 2-4: Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-112 Boyut ve Bölümler 86
Tablo 2-5: Örgütsel Bağlılığın Komponentleri 97
Tablo 4-1: Araştırmaya Katılanların Yaş Dağılımı 123
Tablo 4-2: Araştırmaya Katılanların Cinsiyet Dağılımı 123
Tablo 4-3:Araştırmaya Katılanların Toplam Çalışma Süreleri Dağılımı 124
Tablo 4-4: Araştırmaya Katılanların Kurumda Çalışma Süreleri Dağılımı 124
Tablo 4-5:Araştırmaya Katılanların Unvanlara Göre Dağılımı 125
Tablo 4-6: Araştırmaya Katılanların Görev Yaptıkları Birimlere Göre Dağılımı 126
Tablo 4-7:Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı 127
Tablo 4-8:Araştırmaya Katılanların Görev Yaptıkları Hastanelere Göre Dağılımı 127
Tablo 4-9: Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Güvenilirliği 129
Tablo 4-10: Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Hastanelere Göre Güvenilirlik Test Sonuçları 129
Tablo 4-11: Hastanelere Göre Örgütsel Bağlılık Ortalamaları 131
Tablo 4-12: İş Tatmini Ölçeğinin Güvenilirliği 133
Tablo 4-13: İş Tatmini Ölçeğinin Hastanelere Göre Güvenilirlik Test Sonuçları 133
Tablo 4-14: Hastanelere Göre İş Tatmini Ortalamaları 135
Tablo 4-15: Algılanan Kurumsal Performans Ölçeğinin Güvenilirliği 137
Tablo 4-16: Algılanan Kurumsal Performans Ölçeğinin Hastanelere Göre Güvenilirlik Test Sonuçları 137
Tablo 4-17: Hastanelere Göre Algılanan Kurumsal Performans Ortalamaları 139
Tablo 4-18: Hastanelere Ait 2018 Yılı Personel Devir Hızları 140
Tablo 4-19: Algılanan Kurumsal Performans ve Cinsiyet İlişkisi 142
Tablo 4-20: Yaş Değişkeni ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları 143
Tablo 4-21: Eğitim Seviyesi ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları 144

Tablo 4-22: Görev Yapılan Birim ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları 145
Tablo 4-23: Hastanede Çalışma Süresi ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları 146
Tablo 4-24: Toplam Çalışma Süresi ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları 147
Tablo 4-25: Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Spearman Korelasyon Analizi 148
Tablo 4-26: Algılanan Kurumsal Performans ve Örgütsel Bağlılık-İş Tatmini Değişkenleri Arasında Çoklu Regresyon Analizi 149
Tablo 4-27: Bağımsız Değişkenler ile Kurumsal Kalite Puanı Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi 150
Tablo 4-28: Bağımsız Değişkenler ile Kurumsal Verimlilik Puanı Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi 151
Tablo 4-29: Eğitim Araştırma Hastanesi Olma Durumuna Göre T Testi Sonucu 152
Tablo 4-30: Algılanan Kurumsal Performans ile Personel Devir Hızı ve İş Tatmini Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi 153
Tablo 4-31: Algılanan Kurumsal Performans ile Model Dışında Kalan Değişkenler Arasındaki İlişki 154
Tablo 4-32: Algılanan Kurumsal Performans, Verimlilik Puanı ve Kalite Puanı Arasındaki Korelasyon İlişkisi 155
Tablo 4-33: Algılanan Kurumsal Performans ve Verimlilik Puanı Arasındaki Basit Regresyon Analizi 155

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Hastane Performansının Kavramsal Çerçevesi 17
Şekil 2-2: Performansın Boyutları 20
Şekil 2-3: Verimlilik ve Etkenlik Arasındaki Kavramsal İlişki 24
Şekil 2-4: Hastanelerde Bakım Üretim Süreci 27
Şekil 2-5: Verimlilikte Girdi-Çıktı İlişkisi 29
Şekil 2-6: Verim ve Verimlilik Boyutları Arasındaki Fark 31
Şekil 2-7: Sağlıkta Eşitsizlikler Arası İlişki 34
Şekil 2-8: Sağlık Hizmetlerinde Hesap Verebilirlik Açısından İlişki Haritası 43
Şekil 2-9: Cevap Verebilirlik Alt Boyutları 46
Şekil 2-10: Performans Yönetim Sürecinin 7 Aşaması 49
Şekil 2-11: VZA ile Performans Ölçümü (VRS-CRS Modelleri) 58
Şekil 2-12: Balanced Scorecard Yöntemine Ait Boyutlar 63
Şekil 3-1: Araştırmaya Ait İş Akışı 115
Şekil 3-2: Araştırmanın Modeli (Kurumsal Boyut) 1118
Şekil 3-3: Araştırmanın Modeli(Bireysel Boyut) 119

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACS: American College of Surgeons

ACSQH: The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

AMA: the American Medical Association

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BSC: Balanced Score Card

CCGs: Clinical Commissioning Groups

COIS: CCG Outcomes Indicator Set

CQC: Care Quality Commission

CRS: Constant Returns-to-Scale (Ölçeğe Göre Sabit Getiri)

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EFQM: European Foundation for Quality Management

GP- General Practitioner (Aile Hekimi)

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

HEDIS: the Health Plan Employer Data and Information Set

HSCIC: Health and Social Care Information Centre

HWBs: Health and Wellbeing Boards

ISO: International Organization for Standardization

İNA: İndirgenmiş Nakit Akışları

JCAH: the Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCI: the Joint Commission International

JDI: the JSS, the Job Descriptive Index

JDS: Job Diagnostic Survey

JIG: Job in General Scale

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

MSQ: the Minnesota Satisfaction Questionnaire

NCQA: The National Committee for Quality Assurance

NCQA: the National Committee for Quality Assurance

NHPA: The National Health Performance Authority (Ulusal Sağlık Performansı

Kurumu)

NHS: National Health Service

NICE: the National Institute for Health and Clinical Excellence

NIH: National Institute on Aging

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı

PAF: Performance and Accountability Framework (Performans ve Sorumluluk Çerçevesi)

PROMIS: The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System

PYBS: Performans Yönetimi Bilgi Sistemi

RACGP: Royal Australian College of General Practitioners

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Planı

SSPD: Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi

TEFRA: Tax Equity and Fiscal Responsibility Act

TİG: Teşhis İlişkili Gruplar

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TÜSKA: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

VRS: Variable Returns –to- Scale (Ölçeğe Göre Değişken Getiri)

VZA: Veri Zarflama Analizi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Güdük, Ö. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Yönetimi ve Bir Uygulama. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL PERFORMANS YÖNETİMİ VE BİR UYGULAMA

Günümüzün rekabetçi iş ortamında yöneticiler kurumlarının performansını geliştirmek için artan bir baskı altında çalışmaktadırlar. Araştırmalar personelin örgütsel bağlılığı, iş tatmini ve devir hızları ile kurumsal performans arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın amacı hastane personelinin örgütsel bağlılık ve iş tatmini düzeyleri ile hastanelerin personel devir hızlarının hastanenin kurumsal performansına etkilerini araştırmaktır. Kurumsal performans açısından Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan kalite ve verimlilik değerlendirme sonuçları ve hastane personelinin algılanan kurumsal performans düzeyleri incelenmiştir. Hastanelerin yatak kapasitesi, yatak doluluk oranları ve eğitim araştırma hastanesi olma durumları kontrol değişkenleri olarak analize dahil edilmiştir.

38 hastane çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Veriler SPSS Versiyon 22 programında analiz edilmiştir.

Çalışma hem bireysel hem de kurumsal düzeyde olmak üzere iki boyutta yapılmıştır. Algılanan kurumsal performansa ilişkin toplam varyansın %53'ü örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenleri ile açıklanmaktadır (R^2=0,530). İş tatmini değişkeninin her bir birimlik artışı algılanan performans düzeyinde kurumsal boyutta ise %58'lik bir artışa neden olmaktadır. Örgütsel bağlılık değişkenindeki her bir birimlik artışın algılanan performans düzeyinde %25 oranında (B=0,253) artış sağlamaktadır. Yönetimde çalışan personelin algılanan performans düzeylerinin diğer personele göre yüksek olduğu görülmüştür (p=0,000).

Personel devir hızı ile algılanan performans (p=0,046) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki görülmüştür. Hastane devir hızı oranında her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans puanı üzerinde %25'lik bir artış sağladığı tespit edilmiştir (Beta=0,256). Hastanenin özellikli branş hastanesi olup olmaması ile personel devir hızı arasında ilişki görülmüştür (p=0,028). Dal hastanelerinde devir hızı (ort=15,88) dal hastanesi olmayanlara (ort=9,78) göre daha yüksektir.

Eğitim araştırma hastanesi olmayanların ortalama verimlilik düzeyinin, olan hastanelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (t=1,797, sd=33 ve p=0,041).

Verimlilik ve algılanan performans arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki (p=0,021,r=0,388) bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal Performans, Kalite, Verimlilik, İnsan Kaynakları.

ABSTRACT

Güdük, Ö. (2019). Corporate Performance Management in Healthcare Services and an Application. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Health Management. Doktora Tezi. İstanbul.

CORPORATE PERFORMANCE MANAGEMENT IN HEALTHCARE SERVICES AND AN APPLICATION

In today's competitive business environment, managers are working under increasing pressure to improve the performance of their organizations. Research shows that there is a relationship between organizational commitment, job satisfaction and turnover rates and organizational performance.

The aim of this study is to investigate the effect of organizational commitment and job satisfaction levels of hospital staff and the hospital staff turnover on hospital performance. In terms of institutional performance, the results of the quality and efficiency evaluation conducted by the Ministry of Health and perceived institutional performance levels of hospital staff were examined. Bed capacity, bed occupancy rates and status of education and research hospitals were included in the analysis as control variables.

38 hospitals constitute the sample of the study. The data were analyzed in SPSS Version 22 program.

The study was conducted in two dimensions, both at the individual and institutional levels. 53% of the total variance related to perceived corporate performance is explained by organizational commitment and job satisfaction variables (R^2=0.530). Each unit increase of job satisfaction variable leads to a 58% increase in perceived performance level in institutional dimension. Each unit increase in organizational commitment variable increases the perceived performance level by 25% (B=0.253). The perceived performance levels of the personnel working in the management were higher than the other personnel (p=0,000).

There was a positive and significant relationship between personnel turnover rate and perceived performance (p=0.046). It was determined that each unit increase in hospital turnover rate increased 25% above perceived corporate performance score (Beta=0.256). There was a relationship between staff turnover rate and whether the hospital was a specialty branch hospital (p=0.028). In branch hospitals, the turnover rate (mean=15.88) is higher than in non-branch hospitals (mean=9.78).

The average productivity level of the hospitals without education research was found to be significantly higher than the hospitals that had education (t=1,797, sd=33 and p=0.041).

There is a significant and positive relationship between productivity and perceived performance (p = 0.021, r = 0.388).

Key Words: Corporate Performance, Quality, Efficiency, Human Resources.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Piyasaların küreselleşmesi ve serbestleşmesi, değişen müşteri ve yatırımcı talepleri ve sürekli artan piyasa rekabeti gibi etmenlere bağlı olarak hızla değişen ekonomik ortam, çoğu kuruluş için zorlayıcı şartları beraberinde getirmektedir. Bu zorlu koşullar içinde rekabet edebilme yeteneğine sahip kuruluşlar başarıya ulaşmak için bir adım önde durabilirler (Becker ve Gerhard, 1996). Ancak değişen dünyada artık rekabet edebilmenin tek koşulu maliyetleri düşürerek, ürünleri ve süreçleri yenilemekle sınırlı değildir. Bunların ötesinde hizmetlerinde kaliteyi artıran, üretkenlik ve verimlilik çerçevesinde performanslarını sürekli olarak geliştiren kuruluşlar rekabette öne geçebilirler.

"*Amaçlı ya da planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavram*" (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s38) olarak genel tanımı yapılan performans sözcüğü, bir kuruluşun tüm süreçlerini kapsamakta ve pek çok alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar arasında literatürde sıklıkla kullanılanları etkinlik, etkenlik, verim, verimlilik, eşitlik, hakkaniyet, kalite, erişebilirlik, hesap verebilirlik ve şeffaflık ve cevap verebilirlik'tir.

Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi sadece kurumun ekonomik değerinin sistematik olarak üretilmesini ve kontrol edilmesini değil, aynı zamanda hizmet sunumunun etkinliğinin ve verimliliğinin optimize edilmesini de amaçlamaktadır (Mettler ve Rohner, 2009). Ayrıca performans ölçümü ile sağlık sistemi faaliyetleri ve sonuçları için vatandaşlara, hastalara ve ödeme yapan kişilere hesap verebilirliğin sağlanması gerçekleştirilebilmektedir (Papanicolas ve Smith, 2013).

Hastanelerde performans yönetimi uygulanması yönünde ilk öneriler Codman tarafından 20. Yüzyılın başlarında yapılmış olsa da (Loeb, 2004,s6), gerçek anlamda hayata geçirilmesi 1990'lı yıllardan sonra başlamıştır (Koçgil ve ark., 2014, s178).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)'nin açıklamasına göre OECD ülkelerindeki sağlık harcamaları ortalama olarak gayri safi yurt içi hasılanın %9'una tekabül etmektedir. En düşük orana sahip ülke Türkiye (%4,3) iken en yüksek oran Amerika Birleşik Devletlerinde (%17,2) görülmektedir. Sağlık harcamalarının tümü göz önüne alındığında bu harcamaların yaklaşık %40'ını hastaneler gerçekleştirmektedir.

Pek çok OECD ülkelesinde bu harcamaların %80'inden fazlası hükümet ve zorunlu programlar tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle, hastaneler sağlık sisteminin performansını iyileştirmek için ulusal düzeyde yapılan çabalarda önemli birer unsurdur (OECD resmi web sayfası).

Kendine has özellikleri nedeniyle yönetim şekilleri diğer sektörlerden ayrılan sağlık hizmetlerinde,hastanelerde sunulan hizmetler farklı meslek gruplarından oluşan personel ile yürütülmektedir. Hastanelerde büyük çoğunlukla profesyonelleşmiş personel görev yapmaktadır ve hizmetler personel arasındaki uyum ve ortak çalışmalar ile yürütülmektedir (İleri, 2018, s29). Hastanelerin emek yoğun işyerleri olmaları ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde en önemli unsurun hizmeti veren personel olması (Gümüş, 2017, s854) nedenlerinden dolayı insan kaynaklarının iyi yönetilmesi önem arz etmektedir.

Araştırmalar, personelin örgütsel bağlılığı, iş tatmini ve devir hızları ile kurumların performansı arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Örgütsel bağlılığı ve iş tatmini yüksek çalışanların kurumlarında daha yüksek motivasyonla çalışacakları ve nihayetinde kurumun performasını olumlu yönde etkileyecekleri savunulmaktadır. Diğer yandan personel devir hızı yüksek olan kurumlarda nitelikli personelin ayrılması nedeniyle kurumsal performansın olumsuz etkileneceğini savunanlar olması yanı sıra, kuruma taze kan akışı sağlanması ile yeni yetenek ve inovatif çalışmaların kuruma olumlu performans sonuçları olarak geri döneceğini savunan çalışmalar da bulunmaktadır (Khanka, 2006; Al-dalahmeh ve ark., 2018; Latif ve ark., 2013; Kuzey, 2018; Shaw ve ark., 2005; Dalton ve Todor, 1979).

Çalışmanın amacı hastane personelinin örgütsel bağlılık ve iş tatmini düzeyleri ile hastanelerin personel devir hızlarının hastanenin kurumsal performansına etkilerini araştırmaktır. Bu kapsamda, emek yoğun olarak hizmet veren hastanelerde çalışan personelin tutumlarının, kurumsal performans çıktıları olan kalite değerlendirme sonuçları, verimlilik değerlendirme sonuçları ve algılanan kurumsal performans düzeylerine etkilerinin olup olmadığı, şayet etkileri varsa bu etkinin ne yönde ve hangi düzeyde olduğu incelenmiştir.

Çalışmada sırasıyla 2. Bölümde performans yönetimi, performansın boyutları, önemi ve ölçme yöntemleri, sağlık hizmetlerinde performans yönetiminin tarihçesi ve hem dünya hem de ülkemizdeki sağlık hizmetleri performans uygulamaları açıklanmış,

daha sonrasında kurumların performasını etkileyen insan kaynakları unsurlarından örgütsel bağlılık, iş tatmini ve personel devir hızından kısaca bahsedilmiştir. Bu bölümde ayrıca çalışmada başlıca kullanılan istatistiksel yöntem olan çoklu regresyon analizi özetlenmiştir. 3. Bölümde çalışmanın gereç ve yöntemleri, 4. Bölümde çalışmaya ait bulgular ve 5. Bölümde tartışma yazılmıştır. Nihayetinde 6. Bölümde çalışmanın sonucu yer almaktadır.

Çalışma ülkemizde insan kaynaklarının kurumsal performansa etkilerinin araştırıldığı ilk çalışma olması nedeniyle, hem genel işletme alanında hem de sağlık sektöründe yapılmış özgün bir araştırma niteliğindedir. Bu kapsamda sağlık yöneticileri başta olmak üzere, sağlık hizmetlerinde politika yapanlar, akademisyenler ve sağlık yönetimi alanında kendini yetiştirmek isteyen öğrenciler için bir referans kaynağı olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Kurumların başarılı bir şekilde yönetilebilmesi ve hayatta kalmalarının sağlanması iyi bir performans gösterebilme yeteneği ile bağlantılıdır. İşletmelerin iyi veya kötü performans göstermelerinin tespit edilmesi ise etkili performans ölçme yöntemleri kullanılarak sağlanabilir. Ölçümlerden elde edilen bilgiler yönetici ve çalışanların davranışlarını şekillendirir ve yönlendirir. Performans ölçümü, kurumların yönetimle ilgili temel stratejik hedeflerinin daha ekonomik ve daha rasyonel bir biçimde uygulanmasına olanak sağlamaktadır. Performans ölçme, verimli ve etkin kaynak kullanımını sağlayan sistemlerin oluşturulması ve geliştirilmesini sağlamaya yardımcı olmaktadır (Karaman, 2009).

Kurumsal performans, uzun zamandır üzerinde yoğun bir şekilde düşünülen ve geliştirilmeye çalışılan bir yönetim aracıdır. "Kurumlar nasıl değerlendiriliyor?", "Bir organizasyonun performansını hangi faktörler etkiler?" ve "Kurumları karşılaştırmak için hangi parametreler kullanılır?" soruları yönetici ve akademisyenlerin sıklıkla cevap vermeye çalıştıkları sorulardır. Genel olarak performans ölçümü ile ilgili teorik, ampirik ve pratik konular hakkında bilgi veren dört ana kurumsal performans modeli vardır. Bunlar; rasyonel hedef modeli, iç süreç modeli, insan ilişkileri modeli ve açık sistemler modeli olarak bilinmektedir (Tregunno, 2002, s15). Tablo 2-1'de bu dört modelin kısa açıklaması yapılmaktadır.

Tablo 2-1: Kurumsal Performans Modelleri

Model	Özellikleri
Rasyonel Hedef Modeli	Kurumların istenen amaçlara ulaşmak için var olan rasyonel sistemler olduğu teorisine dayanır. Organizasyon, belirtilen amaç veya hedefe ulaşma kapasitesine sahip bir kolektif olarak görülür. Hedefler, organizasyonel faaliyetlerin temel aldığı ve performansın içerik tanımını sağlayan değer önermeleridir. Amaç, standart ya da ideal tipteki davranışı tanımlamaktadır. Model, kuruluşların belirtilen hedeflere ulaştıkları ölçüde etkili olduğunu belirtmektedir. Bu modele dayanarak performans analizi, organizasyonel hedefin belirlenmesini ve hedefe ulaşılma

	derecesinin ölçülmesini gerektirir.
İç Süreç Modeli	İçsel süreç modeli, performansın tanımlayıcı özellikleri olarak iç süreçlere ve işlemlere odaklanır. Bu modelde etkili örgütler, iç gerilime sahip olmayan, üyeleri sisteme yüksek düzeyde entegre olmuş, iç işleyişinde bireyler arası güven ve yardımseverlik bulunan, bilginin hem dikey hem de yatay olarak sorunsuz bir şekilde aktığı kurumlardır. Bu modele dayanarak, performans analizi, kuruluşların tercihleri nasıl belirlediğini, talepleri nasıl algıladıklarını ve kararlar vermeyi değerlendirmek dahil olmak üzere organizasyonel süreçleri belirlemeyi ve izlemeyi gerektirir. Bir kurumun iç süreçleri ve prosedürleri birincil görevi ile yakından ilişkili olduğunda ve çıktının dahili sürece aşırı derecede bağımlı olduğu durumlarda en uygun modeldir.
İnsan İlişkileri Modeli	Bu modelin ana itici gücü, kuruluşların tanımlanmış hedeflere ulaşmak için araçlardan daha fazlası olduğu yönündedir. Bu modelde analistler, davranışlara ve örgütlerin normatif ve davranışsal yapıları arasındaki karmaşık bağlantılara daha fazla dikkat ederler. Organizasyonlar, özel durumlarına uyum sağlamaya ve hayatta kalmaya çalışan sosyal gruplar olarak görülür. Organizasyonların bu insan ilişkileri görüşü, sadece üretim fonksiyonunu değil, aynı zamanda ünitenin kendini muhafaza etmesi için gerekli olan faaliyetleri de dikkate almaktadır. Normatif yapıların katılımcıların özellikleri üzerindeki önemini vurgulayan rasyonel hedef modelinin tersine, insan ilişkileri modeli, kurumların bireylerin faaliyetlerini ve tutumlarını içerecek şekilde performans kriterlerini genişletmektedir. İnsan ilişkileri modelinin önemli bir katkısı, kurumların hem resmi yapıları hem de gayri resmi yapılardan oluşması, gayri resmi normlar ve davranış kalıpları, statü ve güç sistemleri ile iletişim ve çalışma düzenlemelerini içermesidir. Böylelikle, çalışanların ortak bir sosyal sisteme üye oldukları ve örgütte neler olduğu konusunda ortak bir pay sahibi oldukları görüşünü vurgulamaktadır. Kurumun iç sağlığının önemine

	odaklanmakta ve insan kaynaklarına ve eğitime vurgu yapmaktadır. Performans kriterleri ahlak, iklim, uyum ve çatışma gibi değişkenleri içerir. Formalleştirmenin ve hedeflerin kalıplaşmamış olduğu ve örgüt ortamının dinamik olduğu kurumların analizlerinde en faydalı model olarak düşünülmektedir.
Açık Sistemler Modeli	Kurumun ve çevresinin karşılıklı bağımlılığını vurgular. Çevre, kurumun performansı ve devamı için hayati olan en önemli kaynak olarak algılanmaktadır. Kurumun, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için organize edilmiş rasyonel eylemler dizisi olarak görüldüğü rasyonel amaç ve içsel süreç modellerinden farklı olarak, açık sistem modeli, çevre ve çevreye olan ilişkisine vurgu yaparak, organizasyonu çevreye açık olarak algılar. Performans, kuruluşun finansal, materyel veya sembolik kaynaklar gibi girdileri elde etme derecesine bağlıdır. Bu model, kurum tarafından alınan kaynaklar ile ürettiği kaynaklar arasında açık bir bağlantı olduğunda, en faydalı olan modeldir.

Kaynak: Tregunno, D. J. (2002). *Development of an Emergency Department Performance Framework: Balancing Multiple Stakeholder Perspectives*. Toronto. s15-18.

Tablodaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere her bir model farklı bir yöne odaklanmaktadır. Rasyonel hedef modelinde kurumun kolektif olarak iş yapması önemli iken, iç süreç modeli kurumun iç işleyişine, açık sistemler modeli kurumun dış çevresi ile ilişkilerine odaklanmaktadır. İnsan ilişkileri modelinde kurumun sahip olduğu insan kaynaklarının önemi ve kurum kültürüne vurgu yapmaktadır.

Herhangi bir sektörde, performansın ve hesap verebilirliğin artırılması tüm paydaşların çıkarlarını ve faaliyetlerini birleştiren ortak bir hedefe sahip olmasına bağlıdır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde, paydaşların hizmetlere erişim, kârlılık, yüksek kalite, maliyet kontrolü, güvenlik, rahatlık, hasta merkezli olma ve memnuniyet gibi sayısız ve çoğu zaman çelişen hedefleri vardır (Porter, 2010). Zaman zaman birbirleri ile çelişen bu unsurların bir arada yönetilmesi kurumun toplam performansını ortaya çıkarmaktadır.

Sistem düzenleyenler, politika belirleyiciler, araştırmacılar ve klinisyenler, uzun bir süredir performans göstergelerini tasarlayıp uygulayarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya çalışmaktadırlar. Ulusal ve uluslar arası düzeyde sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi kurumlar, küresel karşılaştırmalardan elde edilen veriler ile sağlık sistemlerini sıralamaya çalışırken, tüketiciler kendi özel durumları için tedavi için en iyi hizmet sağlayıcıyı seçmekte ve vergilerinin akıllıca harcandığını bilmekle ilgilenirler. Bu çok yönlü talepleri karşılamak için etkinlik, verimlilik, güvenlik ve kalite gibi sağlık hizmeti performansının farklı yönlerini rutin olarak izlemek için performans göstergeleri ve performans setleri oluşturulmaktadır. İlk başlarda tek yönlü göstergeler ile yapılan çalışmalar, günümüzde çok boyutlu çerçeveler haline evrilmiştir. Gösterge setleri, genellikle yapı, süreç ve sonuç değerlendirmelerinin kombinasyonunu içermektedir (Braithwaite ve ark., 2017).

Sağlık hizmetlerinde gün geçtikçe daha fazla üzerinde durulan performans ölçümü; sağlık sistemi faaliyetleri ve sonuçları için vatandaşlara, hastalara ve ödeme yapan kişilere hesap verebilirliğin sağlanmasında merkezi bir öneme sahiptir. Bununla birlikte, Avrupa Komisyonu, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), Commonwealth Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi kuruluşlar ve ayrıca ülkelerin kendi sistemlerini değerlendirme çalışmaları ile sağlanan büyük ilerlemelere rağmen, performans ölçümü hala yeni olarak değerlendirilmektedir ve karşılaştırma şemalarının tasarımı ve uygulanmasında pek çok zorlukla karşılaşılmaktadır (Papanicolas ve Smith, 2013, s1).

2.1. Performans Yönetimi

Kurumların başarılı bir şekilde yönetilebilmesi ve hayatta kalmalarının sağlanması iyi bir performans gösterebilme yeteneği ile bağlantılıdır. İşletmelerin iyi veya kötü performans göstermelerinin tespit edilmesi ise etkili performans ölçme yöntemleri kullanılarak sağlanabilmektedir. Ölçümlerden elde edilen bilgiler yönetici ve çalışanların davranışlarını şekillendirir ve yönlendirir. Performans ölçümü, kurumların yönetimle ilgili temel stratejik hedeflerinin daha ekonomik ve daha rasyonel bir biçimde uygulanmasına olanak sağlamaktadır. Performans ölçme, verimli ve etkin kaynak kullanımını sağlayan sistemlerin oluşturulması ve geliştirilmesini sağlamaya yardımcı olmaktadır (Karaman, 2009).

2.1.1. Performansın Tanımı

Performans kelimesinin nasıl bir tanım altında açıklanacağı düşünüldüğünde değişik alanlarda pek çok farklı görüş olduğu görülmektedir. Psikoloji, sosyal bilimler ve yönetsel bilimler performansı tanımlarken; bireysel, toplumsal veya organizasyonel ve sistem performansına bağlı olarak farklı tanımlar kullanırlar. Kısacası, performansın birden çok anlamı vardır (Van Dooren ve ark., 2015, s2). Gerek günlük yaşantımızda gerekse çalışma yaşantısında sıklıkla kullandığımız bu kelimenin kökeni ingilizce "performance" kelimesinden gelmektedir ve dilimizde "performans" olarak kullanılmaktadır. Sözlük anlamı olarak; beceri, başarı, kapasite, yetenek olan kelime, kısaca "bir işin yerine getiriliş düzeyi" şeklinde belirtilmektedir (Ateş ve ark., 2007, s2).

En genel ifade ile şu şekilde tanımlanabilmektedir; "*performans, amaçlı ya da planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır*" (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s38). Yine başka bir ifadeye göre ise "*bir işletmenin hedeflerine yönelik olarak amaçlarını ne ölçüde gerçekleştirebildiğinin miktar ve kalite açısından değerlendirilmesi*" olarak tanımlanmaktadır (Tuncer, 2008, s77). Tanımlardan da anlaşılacağı üzere performans, bir kurum ile ilgili sadece somut çıktılar ile değil, aynı zamanda soyut çıktılarla da ilgilenen bir kavramdır. Sonuçlar sayısal olarak ifade edilebileceği gibi, kalite, memnuniyet şeklinde nitel değerler ile de ölçülebilmektedir.

Literatür incelendiğinde performans yönetimi ile ilişkili ve zaman zaman aynı anlama geldiği düşünülen pek çok farklı terim bulunmaktadır. Bunlardan sıklıkla karşılaşılanları; performans, performans denetimi, performans ölçümü, performans geliştirmedir. Bu terimlerin her biri birbirinden anlamca ve işleyiş bakımından farklıdır ve her ne kadar birbirlerini tamamlayıcı olsalarda farklı şekilde ele alınmalıdırlar. Terimlerin farlılıklarını açıklamak üzere kısa tanımlarına aşağıda yer verilmektedir.

Performans, verimlilik, etkinlik, eşitlik, sağlamlık, açıklık ve şeffaflık gibi kamu değerlerinin gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Performans ölçümü performans bilgisini edinme sürecidir (Van Dooren ve ark., 2015). Performans denetimi "bir kurumda kullanılan kaynakların verimlilik, etkinlik ve tutumluluk ilkeleri doğrultusunda yönetilip yönetilmediğini ve hesap verme sorumluluğunun gereklerinin belirli ölçüde karşılanıp karşılanmadığını görmek için bir kurumun, kuruluşun, programın ya da faaliyetin değerlendirilmesi" olarak tanımlanmaktadır (Kubalı, 1999).

Performans geliştirme, kurumun performasının istenilen seviyede bulunmadığı veya daha yüksek bir seviyeye çıkarılması hedeflendiği zaman uygulanan çalışmaları ifade etmektedir.

Performans yönetimi ise karar verme sürecinde, elde edilen tüm performans bilgilerinin birleştirilmesi ve bu bilgilerin uygun bir şekilde kullanılmasıdır (Van Dooren ve ark., 2015). Yönetimde amaç; hem kurumun hem de çalışanların performansının sadece ölçülmesi değil, yönetime ait planlama, örgütleme ve yürütme gibi tüm unsurlarının da bu yönetim sistemine dahil edilmesidir (Ateş ve ark, 2007). Aslında performans yönetimi, bünyesinde ilk dört terimi de barındıran ve en kapsamlı olanıdır.

Görüldüğü üzere yukarıda bahsedilen her terim farklı kapsamlarda önem arz etmektedir. Unutulmamalıdır ki, performansı ölçmezsek değerlendiremeyeceğimiz gibi, değerlendiremediğimiz bir performansı da geliştiremeyiz. Kurumun başarısı için esas olan, performans yönetiminin bütüncül olarak yürütülmesidir.

Diğer yandan sağlık hizmetlerinde performanstan bahsedildiğinde, hizmetin kapsamı alanına giren her bir paydaş grubu açısından farklı algılamalar olduğu görülmektedir. Hastalar açısından bir sağlık kurumunun performansı aldığı hizmetin kalitesi ile değerlendirilirken, doktorlar açısından klinik kalite, kurum yöneticileri açısından güçlü bir mali yapı ve ödeme kurumları açısından ise müşteri memnuniyeti ve düşük maliyetler olarak değerlendirilmektedir. Anlaşılacağı üzere performanstan beklenen sonuç paydaşların kendi açılarından odaklandıkları alana bağlı olarak değişmektedir (Tarcan, 2006). Esas itibariyle iyi bir performans ölçümü, hem sağlık hizmet sunucularını ve hem de sağlık hizmetinden faydalanan herkesi kapsayıcı bir özellikte olmalıdır (Çınaroğlu, 2017).

2.1.2. Performans Ölçme Nedenleri

İş dünyasında uzun bir süredir yaygın bir şekilde uygulanmakta olan performans yönetiminin kamu ve sağlık hizmetlerinde uygulanması yönünde görüşlerin ortaya çıkması ve bu kapsamda politika ve araştırma dokümanlarında yoğun olarak söz edilmeye başlaması 1980'li yıllardan sonra görülmektedir (Adair ve ark., 2006). Özellikle son birkaç on yıldır sağlık hizmetlerinin performansının değerlendirilmesi ile ilgili çabalar giderek hız kazanmıştır. Bunun nedenleri olarak; sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla maliyetli olması, hastaların alacakları sağlık hizmeti hakkında daha

fazla bilgi talebinde bulunmaya başlamaları, sağlık profesyonelleri ve sağlık hizmeti veren kurumların hesap verebilirliklerinin talep edilmesi gibi etkenler yer almaktadır. Diğer yandan bilgi teknolojilerinin gelişimi ile birlikte verilerin daha ucuz ve kolay bir şekilde toplanabilmesi ve analiz edilebilmesi sonucunda kullanım artmıştır (Smith ve ark., 2009, s3).

Performans yönetiminin bir bölümü olan performansın ölçülmesi, belirli amaçlar için performansla ilgili konuların gözlemlenmesi ve kaydedilen verilerin sistematik olarak toplanmasıdır. Ölçüm, yasal bir düzenleme ile kurumun özellikle bazı verileri toplama zorunluluğu olabileceği gibi, kurumun kendini geliştirme ihtiyacı nedeniyle de olabilmektedir (Van Dooren ve ark., 2015).

Performans ölçümü nedenleri bireysel, kurumsal veya yasal boyutta olmak üzere farklı düzeylerde incelenebilmektedir. Bireysel nedenler açısından hizmetten yaralanan vatandaş ve hizmet sunan çalışanların ihtiyaçlarına cevap verme değerlendirilmektedir. Günümüzde tüketicilerin aldıkları hizmetin kalitesini sorgulaması küresel çapta yaygın bir davranış olarak görülmektedir. Tüm sektörler gibi sağlık sektöründe de tüketiciler, araştırmacılar, politika üretenler, hizmeti satın alanlar aldıkları sağlık hizmetini kalite ve değer anlamında sorgulamaktadırlar. Böylece yeni bir endüstri olarak sağlık hizmetleri performansı doğmuştur (McIntyre ve ark., 2001).

Hastalar ve vatandaşların performans sonuçlarını kullanma nedenleri aşağıda belirtildiği gibi sıralanmaktadır (Smith ve ark., 2009, s7);

- Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında hangi kurumu seçecekleri hakkında karar vermek,
- Alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgi edinmek,
- Hizmet ihtiyacı oluştuğunda uygun tedavi hizmetlerinin var olduğundan emin olmak,
- Hükümet ve oy verdikleri kişilerin kendilerine hesap verebilmesini sağlamak.

Bilindiği üzere sağlık hizmetini diğer hizmet sektörlerinden ayıran en önemli özelliklerden birisi bilgi asimetrisidir. Sağlık profesyonellerine karşılık bilgi düzeyi düşük olan bireyler bazı durumlarda bir sağlık hizmeti almadan önce alternatif tedaviler

hakkında bilgi alma ihtiyacı hissetmektedirler. Örneğin bir ameliyat olmadan önce bu cerrahi tedavi için en iyi kaliteye sahip alternatifleri değerlendirmek veya acil servis hizmetleri için en yakın sağlık kuruluşunu bilmek isteyebilirler (Smith ve ark., 2008, s3). İngiltere ve Avustralya gibi bazı ülkeler, bireylerin bilgi alma hakkı ve şeffaf yönetim yaklaşımları açısından her bir sağlık kuruluşunun performansına ilişkin raporları halka açık olarak yayınlanmaktadır. Böylece kişiler hizmet almak için performansı daha iyi olan veya bekleme süresi daha kısa olan hastaneleri tercih edebilmektedirler.

Performasın ölçümü kurumda çalışan bireylere ve kurumun kendisine, hatta topluma katkıları olan önemli bir yönetim aracıdır. Performans değerlendirmeleri yönetici ve çalışanlar arasında güçlü bir iletişimin sağlanmasına yardımcı olmakta ve böylece kurumun hedeflerine ulaşmasında her bir bireyin katkı sağlaması ve sorumluluk almasını teşvik etmektedir. Aynı zamanda kurumun performansının ölçülmesi, o kuruma ait stratejik hedeflerin tespit edilmesi için önemli bir unsurdur. Performans yönetimi ile açık, şeffaf ve hesap verebilir bir kurum kültürü oluşturulabilir ve kurumun güçlü ve zayıf yanları tespit edilebilir (Karasoy, 2014, s259).

Kurumsal boyut altında incelendiğinde, kurum ve kuruluşların performans sonuçlarını kullanması için sayılabilecek başlıca nedenler aşağıda sıralanmaktadır (Kaldırım, 2009, s4; Commonwealth of Australia, 1997, s2; Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, 2009, s16; Coşkun, 2007, s2);

- Kurum içinde daha öncesinde belirlenen hedeflerin ne düzeyde gerçekleştiğini tespit etmek,
- Kurumun başarı seviyesini ölçmek ve elde edilen başarının sürdürebilirliğini değerlendirmek,
- Rekabet ortamı içerisindeki rakip kurumlar ve kendi kurumları arasında kıyaslamalar yapmak,
- Kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığını değerlendirmek,
- Müşterilerin ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını tespit etmek,
- Performanstaki farklılıkları tanımlamak,

- Kurum içinde alınan kararların sezgi, içgüdü gibi bilimsel olmayan yöntemlere değil de gerçek verilere dayalı olduğundan emin olmak,
- Kurum içinde sorunlu alanları veya gelişme potansiyeli olan bölümleri belirlemek,
- Kurumun süreçlerinde gelişme/iyileştirme planlandığında, bu süreçlere ait kontrollerin yapılmasını sağlamak,
- Daha iyi performans gösteren kurumların deneyimlerinden faydalanmak ve onların iyi uygulama örneklerini kendi kurumlarına uyarlamak.

Diğer yandan, sağlık alanında yapılan performans ölçümlerinden hükümet başta olmak üzere, sağlık kurullarının yöneticileri, sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayanlar ve sağlık hizmetinden yararlanan kişiler gibi paydaş gruplar performans sonuçlarından farklı şekillerde yararlanmaktadırlar. Performans sonuçlarından yararlanma nedenleri hükümet, kurumlar ve sistemden fayda görenler açısından aşağıda kısaca özetlenecek şekilde sıralanmaktadır. Hükümetin performans sonuçlarını kullanma nedenleri (Commonwealth of Australia, 1997, s2; Karasoy, 2014, s263; Smith ve ark., 2009, s7);

- Toplumun sağlığını takip etmek,
- Vatandaşın isteklerine yönelik hizmet vermek,
- Hükümetin performans ile ilgili politikalarını geliştirmek,
- Kamu kuruluşlarında performans yönetimlerini takip etmek ve hesap verebilirliği desteklemek,
- Kurumlar ve programlar arasındaki ilişkiyi analiz etmek,
- Performansı geliştirmek için önceden hazırlanan planlar doğrultusunda kaynak ve bütçe tahsisi yapmak,
- Kurum ve çalışan arasındaki iletişimin artırılması ve sonucunda personel motivasyonunda yükselmeyi sağlamak,
- Kamuya ait mal ve hizmetlerin etkin kullanımını sağlamak,

- Yöneticilerin daha önceden belirlenmiş kurallara dayalı iş yapmalarını sağlayarak, görevlerini kötüye kullanmalarını engellemek olarak sayılabilmektedir.

Performans ölçümü ile maliyetlerin azalması ve gelirlerin artması gibi ölçülebilir faydalar sağlamanın yanı sıra, kamusal hizmetlerin gelişmesi, usulsüzlüklerin önlenmesi, iç kontrol mekanizmalarının geliştirilmesi, ağır işleyen süreçlerin hızlandırılması ve kamu-tüzel kişilikleri arasındaki iş bağının güçlendirilmesi yönünde soyut faydalar da sağlanmaktadır (Kubalı, 1999).

Tüm bu nedenlere yönelik etkili bir performans ölçümü yapılabilmesi için performans ölçümüne yönelik özenli bir çalışma yapılmalıdır. Performans ölçümü planlı ve programlı olarak uygulanması gereken, uzun soluklu bir çalışma olmalıdır. Güvenilir ve sağlam kanıtlara dayalı olarak yapılmalıdır. Asıl amaç kaynak kullanımının az olması değil, kaynakların doğru ve akıllıca harcanması olmalıdır (Karaman, 2009).

2.1.3. Performansı Değerlendirmenin Düzeyleri

Performans yönetiminde mikro, mezo ve makro düzeylerde performans değerlendirme yapılmaktadır (Van Dooren ve ark., 2015, s30). Mikro düzey, kurumların performans çalışmalarını tanımlamaktadır. İşletme açıdan ele alındığında; bireysel ve kurumsal olmak üzere iki farklı seviyede performans değerlendirmesi yapılabilmektedir. Her ne kadar ayrı düzeylerde olarak tanımlansalar da bireysel ve kurumsal performans birbirlerinin tamamlayıcısıdır ve ayrı olarak düşünülmemelidir. Bu nedenle kurumlarda performans yönetimi planlanırken her iki düzey birlikte olarak tasarlanmalı ve yürütülmelidir (Ateş ve ark., 2007, s4). Diğer yandan kurumsal düzeyden daha geniş çaplı yapılan performans değerlendirme çalışmaları da mevcuttur. Bunlar sistem performansını değerlendiren lokal, bölgesel, ulusal veya uluslar arası kapasitede yapılan makro çalışmalardır. Mezo düzeyde yapılan performans değerlendirmeleri ise, sektörü (örn. eğitim) veya bir etkinlik zincirini (örn. gıda zinciri) kapsamaktadır. Aşağıda bireysel, kurumsal ve sistem düzeylerinde performans değerlendirmeleri hakkında kısa açıklamalar yapılmaktadır.

2.1.3.1. Bireysel Performans Değerlendirme

Çalışanların etkili ve verimli olarak ve kurumun amaçları doğrultusunda belirlenen hedeflere yönelik çalışıp çalışmadıkları bireysel performans değerlendirme yöntemleri ile belirlenmektedir (Ülgen ve Mirze, 2013, s291). Bireysel performans, çalışanların kurum içindeki hedeflerine ulaşma derecesi veya çalışmaları sonucunda ortaya koydukları çıktı düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Badara ve ark., 2015). Genel olarak "bir çalışanın belirli bir zaman sürecinde kendisine verilen görevi yerine getirmesi ile elde ettiği sonuçlar" olarak da ifade edilmektedir. Kişilerin iş yerinde kendisinden beklenen işler ile gerçekte ne yaptığının karşılaştırılması sonucunda çalışana ait performans belirlenmektedir. Böylece çalışanların kurumun toplam performansına yaptıkları katkı ölçülebilmektedir (Ekici, 2013, s308). Bireysel performansın kurumun toplam performansını etkilemesi nedeniyle izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi önemlidir (Ildır, 2008, s104).

Çalışanların performanslarının ölçülmesi, bireylerin sadece işyerindeki verimlilikleri ve kuruma yaptıkları katkı ile ölçülmekten ibaret değildir, aynı zamanda iş ilişkileri, liyakat gibi pek çok konudaki başarılarının da değerlendirilmesini kapsamaktadır (Işığıçok, 2008).

Bireysel performans değerlendirilmesi genel olarak insan kaynakları biriminin çalışma alanına girer ancak, pek çok yönetim işlevinin yerine getirilmesi için de kullanılmaktadır. Performans yönetiminde temel amaç, çalışanın sadece geçmişte yaptığı işlerin performansının seviyesini ortaya çıkarmakla kalmamalı, kişi ve kurumların geleceğe yönelik potansiyel performanslarını da belirleyerek, uygun motivasyon ve yönlendirmeler kullanarak onları daha yüksek performansa yöneltmek olmalıdır (Uysal, 2015; Tengilimoğlu ve ark., 2015, s334). Personele yönelik ücret politikalarının belirlenmesi (ücret artışları, ikramiyeler, vb.), eğitim ihtiyaçlarının tespiti, terfi /ödüllendirme, personeli geliştirme, kariyer yönetimi, kurum içi transferler ve işten ayırma gibi kararların alınmasında, çalışanların mesleki açıdan kendilerini geliştirmeleri için planlama ve geri bildirimler yapılması diğer kullanım alanlarıdır (Karasoy, 2014, s260; Uyargil, 2015, s211-219; Tengilimoğlu ve ark., 2015, s397). Değerlendirme sonucunda personele ek ödeme verilerek motivasyonu teşvik edilebilir, ancak sadece ücret ve ilerleme amaçlı kullanılan değerlendirmelerin kuruma yarardan ziyade zarar getirebileceği hususu da unutulmamalıdır (Uysal, 2015).

Bir sağlık kurumunda bireysel performansın ölçülmesinin, çalışanlara sağladığı faydaların yanı sıra kurum için de pek çok faydası bulunmaktadır. Kurum açısından irdelendiğinde faydaları şu şeklide sıralanabilir (Tengilimoğlu ve ark., 2015, s400);

- Kurumda birim bazlı performansın iyileştirilmesi,
- Verimliliğin artırılması,
- Hizmet kalitesinin yükseltilmesi,
- Personele verilecek ücretlerin hakkaniyete uygun olarak dağıtılmasının sağlanması,
- Personelin motivasyon düzeylerinin tespit edilmesi ve motivasyonu yükseltmeye yönelik planlamanın yapılmasına imkan sağlaması.

Çalışanların performansının sistematik ve biçimsel olarak değerlendirilmesinin ilk örneği 1900'lü yılların başında Amerika Birleşik Devletlerinde görülmektedir. Aynı ülkede 1950'li yıllardan sonra yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Uyargil, 2015, s212). Ülkemizdeki ilk uygulamalar ise 1948 yılında Karabük Demir Çelik Fabrikası, Sümerbank, Makine Kimya Endüstrisi ve Devlet Demir Yolları gibi kamu kurumlarında yapılmaya başlanmıştır (Uysal, 2015). 2003 yılında 4857 sayılı İş Kanununun yürülüğe girmesi ile çalışanların iş sözleşmelerine son verilmesinde performans değerlendirme sonuçlarının yasal geçerliliğe sahip olması nedeniyle özel sektörün bu konuya ilgisi artmıştır (Uyargil, 2015, s212).

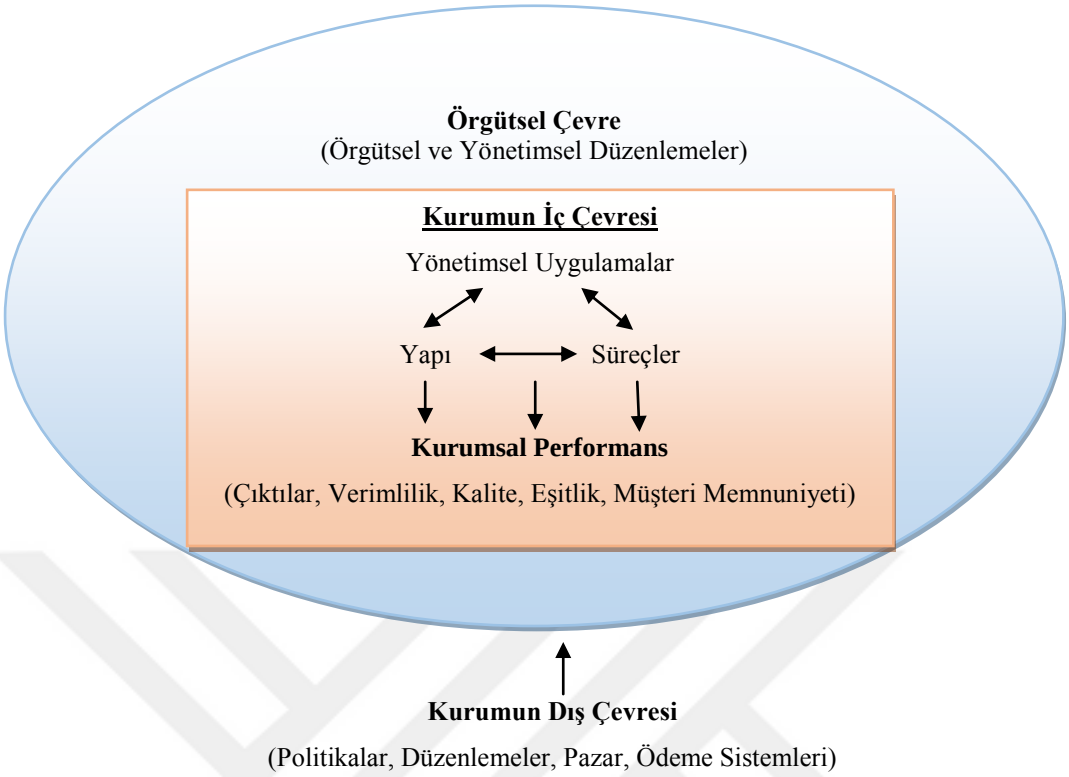
Sağlık Bakanlığında performans değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaların temeli 12.01.1990 tarihinde yürürlüğe giren ek ödeme yönergesi ile atılmıştır (Tengilimoğlu ve ark., 2015, s415). Yönerge kapsamında personele performansları karşılığında ek ödeme yapılmaya başlanmıştır. Daha sonraki yıllarda yönergede yapılan değişiklikler ışığında ek ödeme tutarları düzenlenmiş ve günümüzde halen uygulanmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan performansa dayalı ek ödeme sisteminin sadece ücretle ilişkilendirilmiş olması ve gerçekte insan kaynakları yönetimi açısından yapılması gereken pek çok aşamayı kapsamaması nedeniyle bireysel performans değerlendirme olarak görülemeyeceği ve kısıtlı bir uygulama olduğu söylenebilir.

2.1.3.2. Kurumsal Performans Değerlendirme

Kurumsal düzeyde değerlendirilen performans yönetiminde, kurumların kendi bünyesinde yer alan birimler veya diğer kurumlarla belirli performans göstergeleri aracılığı ile kıyaslamalar yapılmaktadır (Ateş ve ark., 2007, s4).Kurumsal performans değerlendirme aslında yönetim fonksiyonlarından birisi olan "kontrol" sürecini uygulamaktır. Değerlendirme ile kurumun planlama sürecinde belirlediği hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı tespit edilmekte ve şayet varsa bu hedeflerden sapma düzeyleri belirlenmektedir. Başarılı bir performans yönetiminde iki husus önem arz etmektedir. Bunlardan birincisi kurumun sadece finansal göstergelerinin değil, diğer faaliyetlerine dair göstergelerin de değerlendirilmesidir. İkinci husus ise, kurumda performans yönetimi açısından izlenen göstergeler ile kurum stratejileri arasında bir ilişki kurulmasıdır. Bu nedenle kurum stratejisinin belirli performans göstergelerine bağlanması önemlidir (Koçel, 2015, s514).

Kısacası bir kurumun performansını değerlendirme daha öncesinde belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümü olarak tarif edilebilir (Sur ve Palteki, 2013, s88). O halde kurumun hedeflerinin,açıkcası üretilen işler neticesinde elde edilmesi istenilen sonucun ne olduğunun kesin olarak tanımlanması gerektiği aşikârdır. Aksi takdirde yapılan performans değerlendirme bir anlam ifade etmeyecektir (Ildır, 2008, s106).

Hastanelerde kurumsal performans, üç analitik boyutu olan kavramsal bir çerçeve etrafında gelişmektedir. Bu kavramsal çerçeve ve boyutları arasındaki ilişki aşağıda şematize edilerek gösterilmektedir (Şekil 2-1).



Şekil 2-1: Hastane Performansının Kavramsal Çerçevesi

Kaynak: La Forgia, G. M. ve Couttolenc, B. F. (2008). *Hospital Performance in Brazil the Search for Excellence*. Washington: The Word Bank, s5.

Hastanenin dış çevresini oluşturan yapı içerisinde sağlık sistemleri ile ilgili devlet tarafından yapılan düzenlemeler, oluşturulan sağlık politikaları, hastanenin içerisinde yer aldığı pazarın yapısı ve geri ödeme mekanizmaları yer almaktadır. Kurumsal iç çevresini oluşturan elementler ise, dış çevrenin şekillendirdiği hastane yapısı, muhasebe mekanizmaları, karar almadaki otonomisi ve finansal disiplini gibi özellikleridir. İç çevresinde, kaynak yönetimi (personel, klinik, finansal, vb. kaynakları), bina, ekipman, insan gücü gibi sağlık bakımını oluşturan karakteristikleri, tedavi prosedürleri bulunmaktadır. Bu boyutların her biri hastanenin hasta çıktıları, sağlık bakımı kalitesi, eşitlik, verimlilik ve hasta memnuniyetini direkt olarak etkilemektedir (La Forgia ve Couttolenc, 2008, s5).

Sağlık alanında hizmetin verildiği kurumun kamu veya özel sektörde yer alması performans yönetimine farklı bakış açılarından bakmayı gerektirmektedir. Kamu kurumlarında kar maksimizasyonundan ziyade, az bir kar ile hizmet sürdürülmektedir

(Ildır, 2008, s106). Ancak yine de özel sektörde olduğu gibi kamu kurumlarında da kurumsal performans yönetimi ile yapılan işlerin kontrol edilmesi ve kurumun stratejik planlarına uygun yapılıp yapılmadığının değerlendirilmesi önemli bir husustur.

2.1.3.3. Sağlık Sistemleri Performansının Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinde performans yönetiminin bir düzeyi de ülkelerin sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilmesidir. Sağlık çok geniş bir alana yayılmış olduğundan, sistemin tanımı yapılırken tam olarak hangi sınırlar içerisinde yer aldığını tarif etmek oldukça zordur. Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık sistemini tanımlarken üç farklı açıdan değerlendirme yapmaktadır. Bu tanımlamalardan biricisi en dar kapsamda olandır ve sağlık sistemini sadece sağlık bakanlığının direk olarak ilgi alanına giren konuları kapsamaktadır. Bu tanımda sağlığı daha iyiye ulaştırma için yapılan pek çok çaba (tütün kontrolü, alkol ürünlerinin kullanımını azaltan çalışmalar, vb.) yer almamaktadır. İkinci tanım ilkine göre biraz daha kapsamlıdır ve kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içermektedir. Ancak bu tanımda da sektörler arası işbirliği ile yapılan sağlığı geliştirecek faaliyetler bulunmamaktadır. Üçüncü ve en kapsamlı tanımda ise, sağlığı geliştirecek her türlü faaliyet sağlık sistemi içerisinde yer almaktadır. Örneğin; trafik kazaları sonucunda gerçekleşen ölümlerin azaltılmasını kapsayan faaliyetler gibi sektörler arası uygulamaları da içermektedir (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005). Bir sağlık sisteminin en temel amacı, birey ve toplumların sağlık potansiyelini en üst noktaya çıkarmaktır (Aydın ve ark., 2008, s37).

Sağlık hizmetleri hastalar, sağlık hizmeti sunanlar, klinisyenler, hizmeti satın alanlar, politika düzenleyicileri, hükümetler gibi pek çok unsuru içinde bulunduran oldukça kompleks yapıda hizmetlerdir. Hizmetin performansının ölçülmesi ile halk sağlığını takip edebilmek, sağlık bakımının güvenliğini ölçmek, hastalar için en uygun tedavi seçeneklerine karar vermek, profesyonel gelişmeyi desteklemek, yönetimsel kontrolü sağlamak ve sağlık sistemlerinin halka hesap verebilirliğini artırmak sağlanabilir (Smith ve ark., 2008, s1).

Bir sağlık sisteminin en temel amacı toplumun sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu temel amaç çerçevesinde iyi sağlık, duyarlılık ve adil finansal katkısı olarak tanımlanan üç adet unsuru karşılaması beklenmektedir. “İyi sağlık (good health)” unsuru ile toplumdaki bireylerin sağlığının iyileştirilmesi kastedilirken, “cevap verebilirlik (responsiveness)” ile kişilerin sağlık hizmetlerinden beklentilerini

karşılaması ve "adil finansal katkı (fair financial contribution)" ile sağlıklı ve hasta bireylerin finansal koruma altına alınması ifade edilmektedir. Bu doğrultuda düşünüldüğünde bir sağlık sisteminin iyi işleyip işlemediğini değerlendirmek için şu iki soruya cevap vermesi beklenir. Birincisi; bu üç ana unsuru karşılayacak şekilde işleyen sağlık sisteminin çıktıların nasıl ölçüleceğidir. Diğeri ise; elde edilen çıktılar kapsamında sağlık sisteminin kıyaslamasının nasıl yapılacağıdır, diğer bir deyişle aynı kaynaklarla elde edilebilecek en iyi hizmetin ne olduğuna cevap aramaktır. Bir sağlık sistemini değerlendirmek için beş şeyi ölçmek gerekirir; toplam sağlık düzeyi, sağlık düzeyinin toplum içindeki dağılımı, toplam cevap verebilirlik seviyesi, cevap verebilirliğin dağılımı ve mali katkının dağılımı (WHO, 2000, s23-27).

Ülkeler, sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirmek için sistematik ölçme teknikleri kullanma ve diğer ülkelerle kendi sistemlerini kıyaslama için çaba sarf etmektedirler. Ancak sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde kıyaslamalarının yapılması önünde pek çok zorluk bulunmaktadır. Herşeyden önce ülkelerin sağlık sistemleri birbirinden oldukça farklı yapıda ve çeşitlilikte olabilmektedir. Sağlık sistemleri arasında görülen bu çeşitliliği oluşturan pek çok faktör mevcuttur. Bu faktörler genel olarak şu şekilde sıralamaktadır (Joseph ve Phillips, 1984, s11);

- Ülkelerin sağlık politikaları; bunlar genellikle ekonomik ve politik ideolojileri yansıtmaktadır,
- Sağlık hizmetlerinin merkezi olarak yönetilme düzeyi,
- Sağlık hizmetleri için geri ödeme yöntemleri,
- Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki ilişki (seçme ve hizmet almayı devam ettirme derecesi).

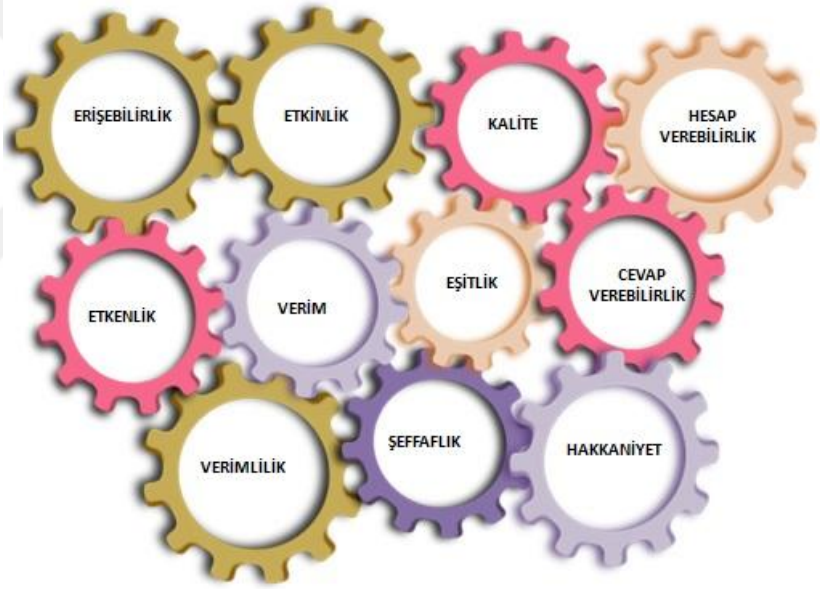
Sağlık sistemleri arasında görülen bu farklılıklar performans açısından kıyaslanmalarını daha zor bir hale getirmektedir. Diğer yandan sağlık sistemlerinin çok karmaşık yapıda olmaları nedeniyle performanslarının değerlendirilmesi bir diğer zorluktur. Sistem performansının değerlendirilmesi için tek bir boyut ölçümünün kullanılması yeterli olmadığı gibi, verimlilik, eşitlik, cevap verebilirlik, kalite gibi fazla sayıda boyutun ayrı ayrı değerlendirilmesi de oldukça kafa karıştırıcı olabilir. Aşırı derecede bilginin toplanması kullanıcıların bu bilgiyi yorumlayarak kullanmalarını zorlaştırabilir. Ayrıca ülkeler arasında karşılaştırma yapılacak verilerin sınırlı olması

sistem boyutunda yapılacak çalışmaların önündeki bir başka engel olarak ifade edilebilmektedir (Papanicolas ve Smith, 2013, s1; Smith ve ark., 2008).

Yine de her ne kadar birçok sağlık hizmeti için bakım kalitesinin ölçülmesi zor olsa da, sadece bireysel sağlık sistemi bileşenlerinin kalitesini değerlendirmekle kalmayıp, bir bütün olarak sağlık sistemi bağlamında performansın artırılmasına yönelik ilgi devam etmektedir (Klazinga, 2011).

2.1.4. Performansın Boyutları

Performans, pek çok boyuttan oluşan bir halkalar zinciri olarak düşünülmelidir. Bu halkalardan her biri kendi açısından farklı tanımlar ve anlamlar içermesine rağmen, birbirleri ile sıkı bir ilişki içerisinde bulunmaktadır (Şekil 2-2). Her bir boyutun, toplam performansa etkisi açısından önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir.



Şekil 2-2: Performansın Boyutları
Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Ülkemizde literatür incelendiğinde bazı boyutları adlandırmada karmaşa yaşandığı ve dolayısı ile birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir. Bu çalışmada her bir boyut açıklanırken Türkçe isimlerinin yanında İngilizce isimleri de yazılarak literatürde karşılaşılan anlam karışıklığı mümkün olduğunca önlemeye çalışılmıştır. Ayrıca boyutlar açıklanırken diğer boyutlar ile ilişkileri açıklanmış ve böylece birbirlerini etkileme veya birbirlerinden etkilenme düzeyleri ifade edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmada ele alınan performans boyutları; etkinlik, etkenlik, verim, verimlilik, eşitlik, hakkaniyet, kalite, erişebilirlik, hesap verebilirlik, şeffaflık ve cevap verebilirlik'tir. Bu boyutlar tek tek incelenerek kavramlara ilişkin detaylar aşağıda açıklanmaktadır.

2.1.4.1. Etkinlik (Activity/ Efficiency)

Ülkemizde performans yönetimine dair literatür incelendiğinde etkinlik kavramının çoğu zaman verimlilik ile eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir (Kirmanoğlu ve Çak, 2000, s323). Bu durumun yabancı çalışmaların Türkçe'ye tercüme edilmesinde yaşanan bir karmaşa olduğu şeklinde yorumlanabilir. Genellikle mühendislik alanında yapılan çalışmalarda etkinlik kelimesi yerine verimlilik kelimesi yoğunluklu olarak kullanılırken, sağlık alanında yapılan çalışmalarda her iki kelimenin de aynı anlamı verecek şekilde yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Örneğin; Çetin (2011), Usta (2012), Ertürk Akdal (2013), Tavzar (2014) yaptıkları lisans üstü tez çalışmalarında verimlilik kelimesi yerine etkinlik kelimesini kullanmayı tercih etmişlerdir. Aynı şekilde sağlık alanında yazılan pek çok makale etkinlik kelimesini verimlilik ile aynı anlamda kullanmaktadır.

Bu nedenle bu çalışmada verimlilik başlığı altında hazırlanan bölümlerde hem etkinlik hem de verimlilik kelimesi ile yapılmış çalışmalar yer almaktadır. Ancak kavram karmaşası yaratmamak adına her iki terim de verimlilik olarak değerlendirilmiş ve kaynaklardan bu terim kullanılarak atıfta bulunulmuştur. Bu çalışmada etkinlik boyutu ayrıca detaylandırılmayacaktır.

2.1.4.2. Etkenlik (Effectiveness)

Bu boyut faydalı çıktıların üretilebilmesi için kullanılan kaynakların ve aynı zamanda dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetlerin ne ölçüde etken kullanıldığını ölmektedir. Kurumların faaliyetleri sonucunda elde ettikleri çıktılar ile ortaya koydukları sonuçları ilişkilendirir. Bu anlamda performansın en önemli boyutu olarak kabul görmektedir (Akal, 2011). Süreçler sonucunda elde edilen çıktıların, ihtiyaçları karşılama derecesini göstermektedir. Bu boyut kurumlar için, "Doğru şeyleri yapıyor muyuz?" sorusuna cevap aramaktadır (Franceschini ve ark., 2007, s110). Bazı Türkçe kaynaklarda etkililik olarak da adlandırılmaktadır.

Etkenlik ile ilgili literatürde yapılan tanımlamalar incelenecek olursa;

- Toplam performans göstergesi olan etkenlik, kurumun belirlenmiş amaçlarına ne düzeyde ulaşabildiğini ölçen boyuttur (Ateş ve ark., 2007, s87).
- Fayda sağlayabilecek herkese (fayda sağlayamayacak olanları içermez) kanıta dayalı sağlık bakım hizmetinin sunulmasında arzu edilen sonuçlara ulaşma derecesidir (Papanicolas ve Smith, 2013, s65).
- Diğer bir tanıma göre ise "*örgütlerin tanımlanmış amaçlarına ulaşmak amacıyla gerçekleştirdikleri etkinliklerin sonucunda bu amaçlara ulaşma derecesini belirleyen bir performans boyutudur"* (Akal, 2011, s34).

Etkenlik esas olarak hedefe, dolayısı ile amaca yönelik başarıyı ölçer. Burada bahsedilen amaçlar, kurumların kısa dönemli amaçları olmayıp, uzun dönemli hedefledikleri amaçlardır. Bu amaçlar kurumsal ilkeler, hedefler, stratejiler kapsamında belirlenmiştir (İleri, 1999; Akal, 2011).

Bir kurumun etkenliğini değerlendirmek için aşağıda yer alan formül (2-1) kullanılarak hesaplama yapılmaktadır (Ateş ve ark., 2007).

(2-1)

$$\text{Etkenlik} = \frac{\text{Gerçekleşen Sonuç}}{\text{Beklenen Sonuç (Yararlı Çıktı)}}$$

Yapılan hesaplama sonucunda etkenliğin 1'den büyük olması beklenir. 1'den düşük çıkan sonuçlar kurumda etkenliğin düşük olduğunu gösterirken, büyük olması kurumun etken bir şekilde performans sergilediğini gösterir (İleri, 1999).

Etkenlik, klinik etkenlik ve nüfus etkenliği olmak üzere iki düzeyde incelenmektedir (Papanicolas ve Smith, 2013). Etkenlik çeşitleri ile ilgili kısa açıklamalar Tablo 2-2'de özetlenmektedir.

Tablo 2-2: Etkenlik Çeşitleri ve Değerlendirme Metotları

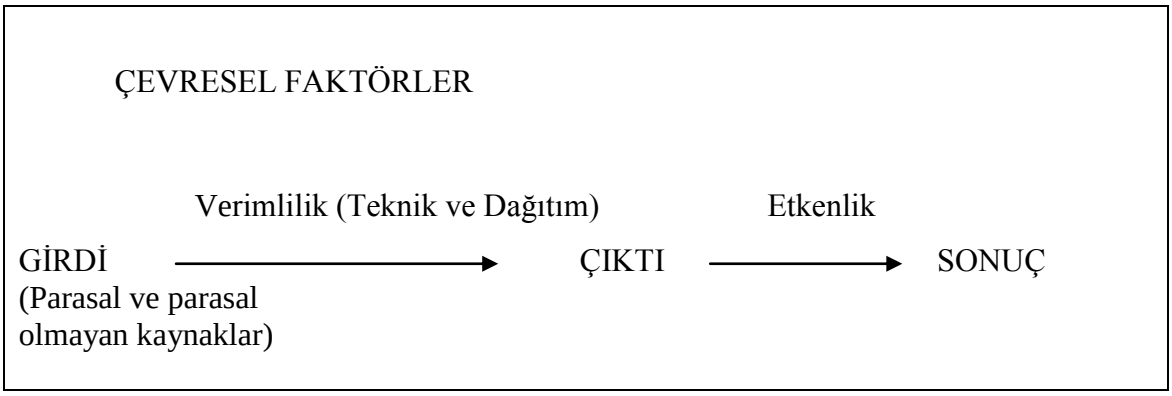
	Değerlendirme Metotları
Klinik etkenlik; bireysel hastalar açısından bakımın iyileştirmeler üzerindeki etkisidir.	**Sistem seviyesi ve kurumsal seviye:** • Sonuç ölçütleri: nüks oranları, işleyiş oranları, ruh sağlığı durumu, ortalama öz rapor • Risk ayarlaması: demografik özellikler, komorbidite oranları, risk ayarlama sistemleri • Eğitim tasarımı: gözlemsel / kurumlar arası • Veri kaynakları: tıbbi kayıtlar, deşarj verileri, talep verileri, anketler **Hasta seviyesi:** • Sonuç ölçütleri: nüksetme oranları, işleyiş oranları, ruh sağlığı durumu, sağlığın özdeğerlendirilmesi • Risk ayarlaması: hasta profilleri, komorbidite, tanılar • Çalışma tasarımı: gözlem / vaka raporları • Veri kaynakları: tıbbi kayıtlar, anketler
Nüfus etkenliği; nüfusun sağlığını etkilemede klinik ve klinik olmayan faktörlerin rolüdür.	**Nüfus / topluluk seviyesi:** • Sonuç ölçütleri: nüfusun nüks oranları, nüfusun işleyiş oranları, ruh sağlığı durumu • Risk ayarlaması: demografik özellikler • Çalışma tasarımı: gözlemsel / epidemiyolojik • Veri kaynakları: nüfus sağlık bilgi sistemi kayıtları, gözlem, anketler

Kaynak: Papanicolas, I, ve Smith, P. C. (Ed.) (2013). *Health System Performans Comparison An Agenda for Policy, Information and Research.* European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. The USA. s53.

Klinik etkenlik, hastalar için optimum süreçler ve sonuçlar elde etmek için araştırma, klinik deneyim ve hasta tercihlerinden elde edilen en iyi bilginin uygulanmasıdır. Süreç, bilgilendirme, değiştirme ve izleme pratiğini içerir. Hastaların toplam sağlık bakım deneyimini iyileştirmekle ilgilidir ve kalitenin iyileştirilmesi ve güvence altına alınmasının önemli bir parçasıdır (NHS Greater Preston).

Etkenlik genel olarak performansın verimlilik boyutuna benzemektedir. Her iki boyut da kurumun faaliyetleri için kullanılan girdi ve bu faaliyetler sonucunda elde edilen çıktı ve sonuçlar ile ilgilenmektedir (Bali ve Çelen, 2009, s18). Ancak bu iki boyut, faaliyetler neticesinde elde edilen çıktı ve sonucu kullanma durumları açısından birbirinden farklılık göstermektedir.

Performansın değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan "çıktı" ve "sonuç" kavramları birbirlerinden bazı noktalarda ayrışmaktadır. Verimlilik, kurumların faaliyetleri neticesinde elde ettiği çıktılara odaklanmakta iken, etkenlik ise sonuçlar ile ilgilenmektedir. Sonuçlar, çıktılardan daha farklı bir anlam ifade etmektedir. Çıktılar faaliyetlerde kullanılan girdiler ile elde edileni ifade ederken, sonuç ise asıl ulaşılması arzu edilen hedefe varma noktasını belirtir. Örneğin; bir hastanede çıktı belirli bir dönemde kullanılan girdiler ile tedavi edilen hasta sayısını belirtir. Aynı örnekteki sonuç ise bu kişilerin sağlığına kavuşma derecesini ifade etmektedir. Dolayısı ile etkenlik, belirli bir faaliyet sonucunda verimlilik ile hesaplanan fiziki bir girdi/çıktı ilişkisinden ziyade, girdinin çıktıya dönüşümünü inceleyen tüm süreci kapsamaktadır (Akal, 2011, s37).Verimlilik ve etkenlik arasındaki kavramsal ilişki Şekil2-3'de şematize ederek açıklanmaktadır.



Şekil 2-3: Verimlilik ve Etkenlik Arasındaki Kavramsal İlişki

Kaynak: Bali, B. B. ve Çelen, M. (2009). Kamu eğitim harcamalarında etkinlik ve etkenlik analizi: OECD ülkeleri üzerine bir uygulama. Antalya.

Şekilde görüldüğü üzere, verimlilik kurumların girdileri çıktıya dönüştürmek üzere yaptığı faaliyetler ile ilgilenirken, etkenlik nihai sonuca odaklanmaktadır. Bir sağlık kuruluşu için girdiler hastane yatağı sayısı, doktor sayısı gibi fiziksel veya sağlık bakımı için harcanan para gibi finansal özellikte olabilmektedir. Çıktılar tedavi edilen hasta sayısı, doktor muayene sayısı veya taburcu olan hasta sayısı olarak değerlendirilirken, sağlık hizmetinin sonuçları yaşam kalitesi ve süresinde artış veya sağlığa erişimde eşitlik olarak değerlendirilmektedir (Joumard ve ark., 2010,13).

Uygulamada analistler genellikle, tedavi edilen hastalar, gerçekleştirilen operasyonlar veya muayene edilen hastalar gibi faaliyetlerin ölçümleri ile verimliliği incelemektedirler. Bu çalışmaların, verilen sağlık hizmetinin etkenliğinde veya kalitesinde ölçüm yapamamaları nedeniyle yetersiz kaldıkları düşünülmektedir (Cylus ve ark., 2016, s13).

2.1.4.3. Verim

Verim bir kurumda "şimdi nerdeyiz" ve "nasıl daha iyi olabiliriz" sorularına cevap aramak için kullanılan bir performans boyutudur. Kuruluşun sahip olduğu kaynaklara odaklanmaktadır ve bu kaynakların nasıl kullanıldığıyla ilgilenmektedir (Akal, 2011, s40). Kısa bir tanımı yapmak gerekirse, verim bir kurumda var olan mevcut kaynaklar ile o kurumun amacına ulaşmak üzere kullandığı kaynakları arasındaki ilişkidir.

Bu boyutu hastanede çalışan hemşireler üzerenden yapılacak bir örnek ile kısaca açıklanabilir. Mesela, bir hastanede çalışan toplam hemşire sayısı ile hemşirelik hizmetlerinde görev alan hemşirelerin (aktif olarak hemşirelik yapan hemşireler) sayısı arasındaki ilişki, verim boyutu ile incelenmektedir. Bilindiği üzere bazı hastanelerde hemşire kadrosunda bulunan tüm çalışanlar kendi asli görevlerini yapmamaktadır. Devlet hastanelerinde sıklıkla yapılan bir verim hatası olarak hemşirelerin asıl mesleklerini yapmaları yerine depo sorumlusu, arşiv çalışanı vb. görevlerde kullanılması ile karşılaşılabilmektedir. Verim boyutu asli görevini yapan ve yapmayan hemşirelerin tespit edilmesi ve asli görevini yapmayanların hemşire olarak çalışmadıkları için bu hastanede hemşirelik hizmetlerinde gerçekleşen olumsuz performans durumu ile ilgilenmektedir.

Mesela; 100 yataklı bir hastanenin kadrosunda 50 hemşire olduğunu varsayalım. Bu hemşirelerden 1 tanesi depo sorumlusu, 1 tanesi arşiv sorumlusu ve 2 tanesi ise satın

alma biriminde çalışıyor olsun. Hastane yönetiminin mevcut hemşire kadrosunun %8'ini negatif verim ile çalıştırdığı söylenebilir.

Elbetteki kurumlar tüm kaynak potansiyelinden en yüksek düzeyde faydalanmak isterler. Bu nedenle verim, kurumlar için önemli bir performans boyutudur. Özellikle insan gücüne ve profesyonelleşmeye dayalı hizmet veren sektörlerde (örneğin; sağlık, eğitim) insan kaynaklarının en yüksek verim ile sürdürülmesi esas olmalıdır.

2.1.4.4. Verimlilik (Efficiency)

Verimlilik, amaçlara ulaşmak için kullanılan kaynaklar ve bu kaynaklar ile ortaya çıkarılan üretim miktarı arasındaki orandır (Özkul, 2009, s15). Bir diğer tanıma göre ise; "*bir üretim veya hizmet sürecinin belli bir döneminde, üretilmiş olan ürün ve hizmetlerle (çıktı) kullanılan üretim kaynaklarının (girdi) birbirine oranı ile elde edilen bir katsayıdır*" (Çetin Kızılkan ve ark., 2012). Bir kurum için verimlilikten bahsedildiğinde esas olarak, "İşleri doğru yapıyor muyuz?" sorusuna cevap aranmaktadır (Franceschini ve ark., 2007, s110).

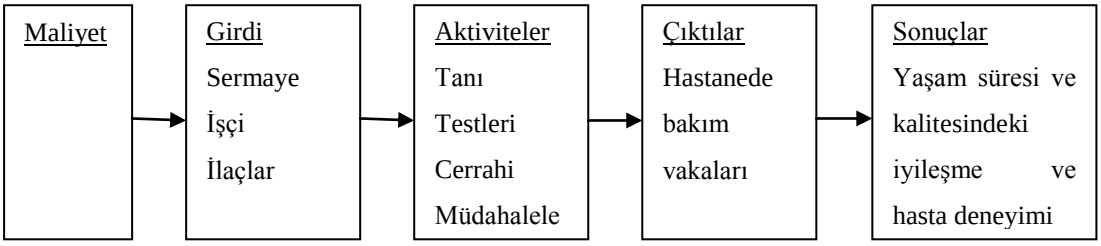
Performansın fiziksel göstergesi olarak değerlendirilen verimlilik, bütün kurumlara kolayca uygulanabilmesi ve ölçümünün basit ve kolay olması özellikleri nedeniyle sıklıkla kullanılan bir yöntemdir (Coşkun, 2007, s18).

Verimlilik boyutu en basit ifade ile aşağıda yer aldığı şekilde formulize edilerek açıklanmaktadır(İleri, 1999) (2-2);

(2-2)

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{Üretim Sonucu Elde Edilen Ürün}}{\text{Üretimde Kullanılan Faktörler}}$$

Ancak pratikte verimlilik hesaplamaları ve/veya verimlilik oluşturmak için yapılan çalışmalar bu formülde bahsedildiği kadar kolay ve basit değildir. Verimlilik bir kurumun faaliyetlerini gerçekleştirirken ortaya çıkardığı tüm süreci ilgilendirir. Bu durumu aşağıda şematize edilen "hastanelerde bakım üretim süreci" ile daha derinlemesine incelemek mümkündür.



Şekil 2-4: Hastanelerde Bakım Üretim Süreci

Kaynak: Smith, P. C. (2010). Measuring and improving health-system productivity. *The Lancet, **376*** **(9748),** 1198-1200.

Yukarıda yer alan şekilde (Şekil 2-4), finansal kaynakların hastane hizmetleri tarafından nasıl değere dönüştürüldüğü şematize edilmektedir. Hastaneler belirli bir maliyet karşılığında sağladıkları girdileri yaptıkları aktiviteler ile önce fiziksel çıktılara dönüştürmektedirler. Bu çıktılar nihayetinde hastalar açısından yaşam süresi ve kalitesinde iyileşme ve hasta deneyimleri gibi belirli değer yaratan sonuçlara dönüşmektedir. Bu dönüşümün her aşamasında (kaynaklardan sonuçlara kadar) verimsizlikler ortaya çıkabilir (Smith, 2010).

Bir sağlık sistemi verimsiz ise şu sorunlar ile yüz yüze gelebilmektedir (Cylus ve ark., 2016, s2);

- Sağlık sisteminin kaynak limitleri dahilinde mümkün olan en iyi bakımı almadıkları için tedavi gören hastalar yeterli hizmet alamazlar,
- Fazla kaynakları tüketmesi ve verimsiz tedavi sağlanması nedeniyle, kaynakların daha iyi kullanılması durumunda tedaviden fayda görebilecek diğer hastaların tedavisi negatif yönde etkilenebilir,
- Sağlık sektöründeki kaynakların verimsiz kullanımı, eğitim veya beslenme gibi ekonominin herhangi bir alanında yapılabilecek muhtemel faydaları engelleyebilir,
- Verimsiz bir şekilde kaynakların tüketilmesi, toplumun sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunma konusundaki istekliliğini azaltabilir, böylece sosyal dayanışma, sağlık sistemi performansı ve sosyal refahı zedeleyebilir.

Hiçbir kurum/kuruluşta verimsizlik gerçekleşmesi istenmemektedir. Yöneticiler sürekli olarak nasıl daha çok verimli üretim/hizmet gerçekleştirebileceklerini araştırmaktadır. Çünkü verimlilik ölçülmesi kurumlara şu faydaları sağlamaktadır (Kubalı, 1999);

- Nicelik ve niteliğin kontrol edilmesini sağlar,
- Başarının gösterilmesini sağlar,
- Kurum için bütçe ve planların hazırlanmasına yardımcı olur,
- Hizmetin hangi düzeyde sağlanması gerektiği hakkında bilgi verir,
- Personele ait başarı düzeylerinin ölçülmesine yardımcı olur.

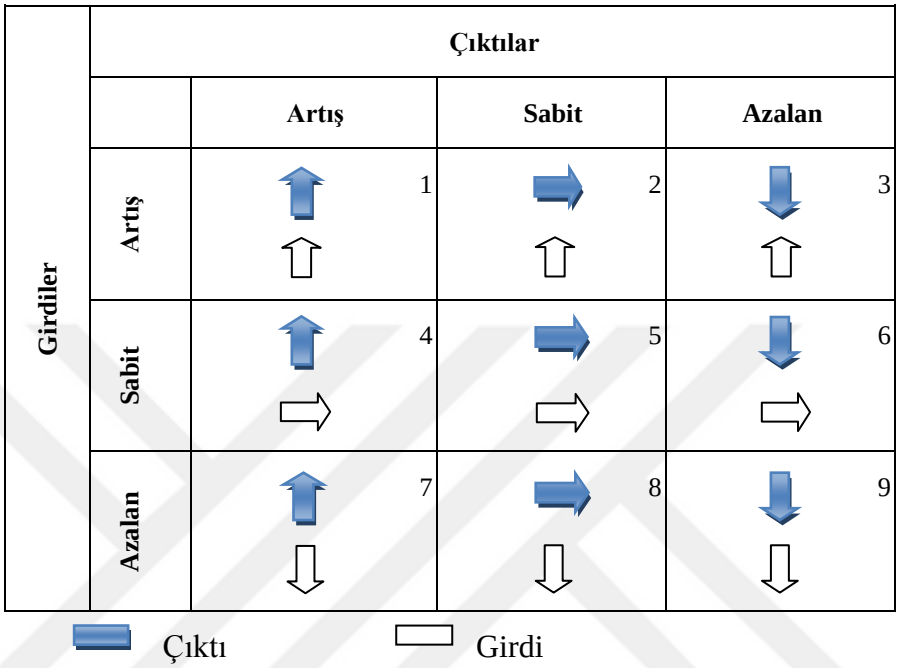
Verimlilikten söz edebilmek için kurumun faaliyetlerini gerçekleştirirken kullandıkları girdi ve bu faaliyetler sonucunda ortaya çıkardıkları çıktı miktarının dikkatli bir şekilde hesaplanması gerekmektedir. Bir kurumun verimli olduğundan söz edebilebilmesi için girdi ve çıktılar arasında şu ilişkilerden birinin olması gerekmektedir (Özcan, 2008, s16);

- Çıktıların artması,
- Girdilerin azaltılması,
- Şayet hem girdi hem de çıktılarda artış söz konusu ise, çıktı artışının girdi artışından daha fazla olması,
- Şayet hem girdi hem de çıktılarda azalma söz konusu ise, girdilerdeki azalmanın çıktılardaki azalmadan daha fazla olması.

Görüldüğü üzere bir kurumunun belirli bir döneminde girdi ve çıktılarda farklı şekillerde artma ve azalma durumları yaşanabilmektedir. Ancak verimlilik açısından girdilerin her daim çıktılara oranla daha fazla olması ile verimlilikten bahsedilebilir. Bu farklı durumları aşağıda yer alan şekil ile daha kolay ifade edebilmek mümkündür.

Şekil 2-5'te bir faaliyetin yapılması için kullanılan girdiler ile faaliyet sonucunda üretilen çıktılar arasındaki ilişki artış, azalış ve sabit kalma durumlarına göre şematize edilmiştir. Şekilde gösterilen her bir kutu girdi ve çıktıların aynı dönem içerisindeki hareketlerini göstermektedir. 4,7 ve 8 numaralı kutularda verimlilik sağlanabilirken, 2,3 ve 6 numaralı kutularda verimlilik sağlanamamaktadır. 5 numaralı kutuda hem girdi

hem de çıktı oranında artış veya azalma görülmediği için mevcut durum korunmaktadır. 1 numaralı kutuda şayet girdi artış oranı çıktı artış oranından düşükse, 9 numaralı kutuda ise girdi azalma oranı çıktı azalma oranından yüksek ise verimlilik sağlanabilir.



Şekil 2-5: Verimlilikte Girdi-Çıktı İlişkisi

Kaynak: Coşkun, A. (2007). *Stratejik Performans Yönetimi ve Performans Karnesi* (2. Basım). İstanbul: Literatür Yayınları. s17.

Hizmet sektöründe yer alan kurumların verimlilik hesaplamasının yapılması mal üreten kurumlara göre daha zordur. Bunun nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır (Özkul, 2009, s16);

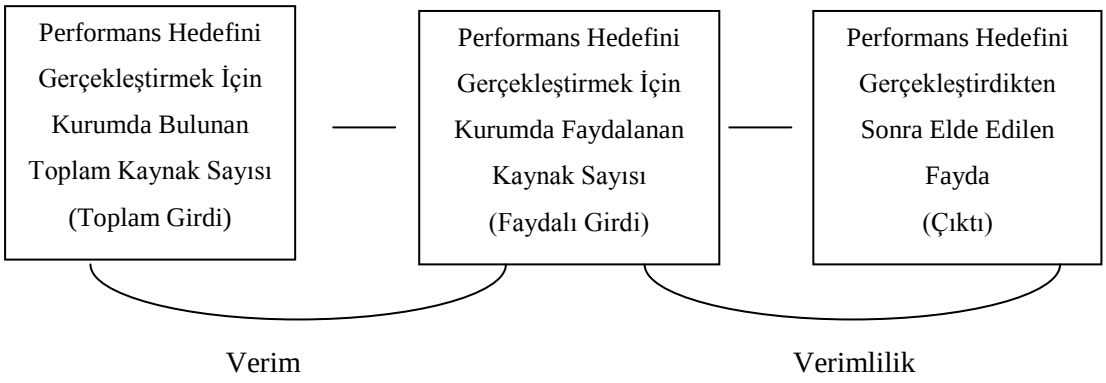
- Girdiler ve çıktılar arasındaki ilişkinin tam olarak belirlenememesi,
- Girdi ve/veya çıktıları ölçmekte karşılaşılan zorluklar,
- Fazla miktarda ürün olması nedeniyle verilerin yorumlanmasında yaşanılan zorluk,
- Girdi ve/veya çıktı kalitesindeki değişkenlik,
- Verilerin elde edilmesinde karşılaşılan zorluklar.

Sağlık hizmetlerinde verimlilik hesaplamaları da nicelikten ziyade, değer odaklı çıktı üretme sorumluluğu nedeni ile zordur. Hasta için değer oluşturmak bir sağlık kurumunda tüm sağlık hizmetini kapsayıcı nitelikte olmalıdır. Değer, sağlık hizmetlerinin girdilerine değil, sonuçlarına odaklıdır. Verilen hizmetin miktarı ile değil, elde edilen çıktıları ile ölçülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde hizmet miktarından ziyade değere yönelmek gerekmektedir. Ancak değer, maliyetler ile yakın ilişkili olarak tanımlanan bir sonuç olması nedeniyle verimliliği de içinde barındırmaktadır. Elde edilen sonuçlara bakılmaksızın maliyet düşürme, tehlikeli ve yıkıcı olacağı gibi, yanlış tasarruflara ve verimli bakım verme potansiyelini de yanlış yöne doğru götürecektir (Porter, 2010). Bu nedenle verimlilikte maliyet düşürmek tek amaç olmamalı, hastaya verilen hizmetin sonucunda ortaya çıkan değer verimlilik çabalarından negatif etkilenmemelidir.

Verimlilik; teknik verimlilik ve tahsis verimliliği olmak üzere alt tanımlara ayrılmaktadır. Teknik verimlilik (technical efficiency), girdilerin en ideal şekilde kullanılması sonucunda mümkün olan en fazla çıktı üretilmesini ifade etmektedir (Bali ve Çelen, 2009). Tahsis verimliliği (allocative efficiency) ise kaynakların en uygun şekilde nereye yöneltilmesi gerektiğini araştırır. Örneğin bir sağlık sisteminde kaynakların öncelikli olarak sağlığı koruma, birinci basamak sağlık hizmetleri, hastane hizmetleri veya rehabilitasyon hizmetlerine harcanması sırasında verilen kararlar tahsis verimliliğinin alanına girmektedir (Cylus ve ark., 2016, s5).

Hemen hemen tüm verimlilik analizleri karşılaştırmalara dayanır. Bu nedenle karşılaştırması yapılan birimlerin gerçekten benzer olmasını sağlamak önemlidir. Verimlilik analizinin büyük bir kısmı, bu karşılaştırılabilirliğin sağlanması ile ilgilidir. Şayet bu birimler, bakılan nüfusun veya tedavi edilen hastaların belirgin olarak farklılık göstermesi gibi nedenlerle farklı durumlarda faaliyet gösteriyorlarsa öncelikle birimlerin birbiriyle karşılaştırılmasını sağlamak için bir ayarlama yapılması gerekmektedir (Cylus ve ark., 2016, s12).

Verimlilik çoğu zaman "verim" boyutu ile karıştırılmaktadır. Her ne kadar verim ve verimlilik kavramları birbirine çok benzer olsalar da aslında iki kavram farklı şekilde performans değerlendirmesi yapmaktadır. Aşağıda Şekil 2-6 yardımı ile iki kavram arasındaki fark ifade edilmeye çalışılmıştır.



Şekil 2-6: Verim ve Verimlilik Boyutları Arasındaki Fark

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Şekilden de anlaşılacağı üzere, verim kurumun bir performans hedefini gerçekleştirmek üzere mevcutta sahip olduğu tüm kaynaklar ile performans hedefini gerçekleştirmek üzere bu kaynaklardan ne kadarını kullandığı arasındaki fark olarak açıklanmaktadır. Diğer yandan verimlilikte ise, kullanılan kaynakların ne derecede faydalı bir şekilde kullanılmış olduğu irdelenmektedir. Neticede, her iki kavram da kurumun elinde var olan kaynaklarını kullanma becerisini gösterse de, farklı göstergeler ile değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.1.4.5. Eşitlik (Equity)

Eşitlik sözcüğünden ilk defa 1789 Fransız Devrimi döneminde bahsedilmeye başlanmış ve etkileri hızla tüm dünyaya yayılmıştır. Daha sonra Endüstri Devrimi ile sağlık sektörünü de kapsacak şekilde pek çok sektör politikleşerek yoğun mücadelelere sahne olmuştur. Yoksulların sağlığı önemsenerek, sağlık hizmetlerinin devlet sorumluluğunda olması gerekliliği tartışılmaya başlanmıştır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin yayımlanması ve Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulması sağlıkta eşitlik ilkesinin daha fazla önemsenmesine yol açan diğer olaylar olmuştur. Ülkemizde 1961 yılında yayımlanan "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile tüm vatandaşların sağlık hizmetine eşit derecede erişimi hedeflenmiştir (Demirel ve Akın, 2014).

Sağlıkta eşitlikten bahsedildiğinde sağlık hizmetlerinin finansmanı akla gelen ilk konu olmaktadır. Finansman açısından değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin

toplumda yer alan bireylerin fakir veya zengin olmasına bakmaksızın herkesi kapsayıcı olması aranılan bir özelliktir.

Bir ülkedeki sağlık hizmetinin nasıl yürütüldüğünün ve performansının nasıl gerçekleştiğini belirleyen en önemli unsurlardan birisi sağlık finansmanının nasıl gerçekleştirdiği ile ilgilidir. Sağlık finansmanında kesin olarak belirlenmiş mutlak bir doğru yöntem bulunmamaktadır. Genel olarak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yararlanılan dört temel finansman türü vardır; i) hükümet tarafından toplanan vergiler (genel ve özel vergiler aracılığıyla), ii) sosyal sigorta primleri (genellikle bordro ve diğer vergilerden ve diğer katkılardan), iii) özel sigorta primleri ve iv) cepten yapılan ödemeler. İlk üç finansman türü ön ödemeli olup, önemli ölçüde risk havuzlaması içerir ve hem zengin hem de yoksulları felaket ve yoksullaşan sağlık harcamalarından koruyabilir. Katkılar genellikle gelirlerden elde edilir. Hükümet tarafından finanse edilen ve sosyal sigorta programlarının tüm vatandaşları koruyabileceğini, ancak zorunlu olarak korumayacağını vurgulamak önemlidir. Özellikle fakir, yeni göçmenler ya da informal işçiler gibi belirli gruplar genellikle sistem dışında kalırlar (Murray ve ark., 2000). Sağlık sistemlerinin finansmanındaki eşitlik bu dört finansman yönteminin kendi aralarındaki ilişki ile bağlantılıdır. Genel olarak hükümet tarafından finanse edilen bir sağlık hizmetinin, fakirlere zenginlerden daha fazla fayda sağladığı kabul edilmektedir (Asante ve ark., 2014).

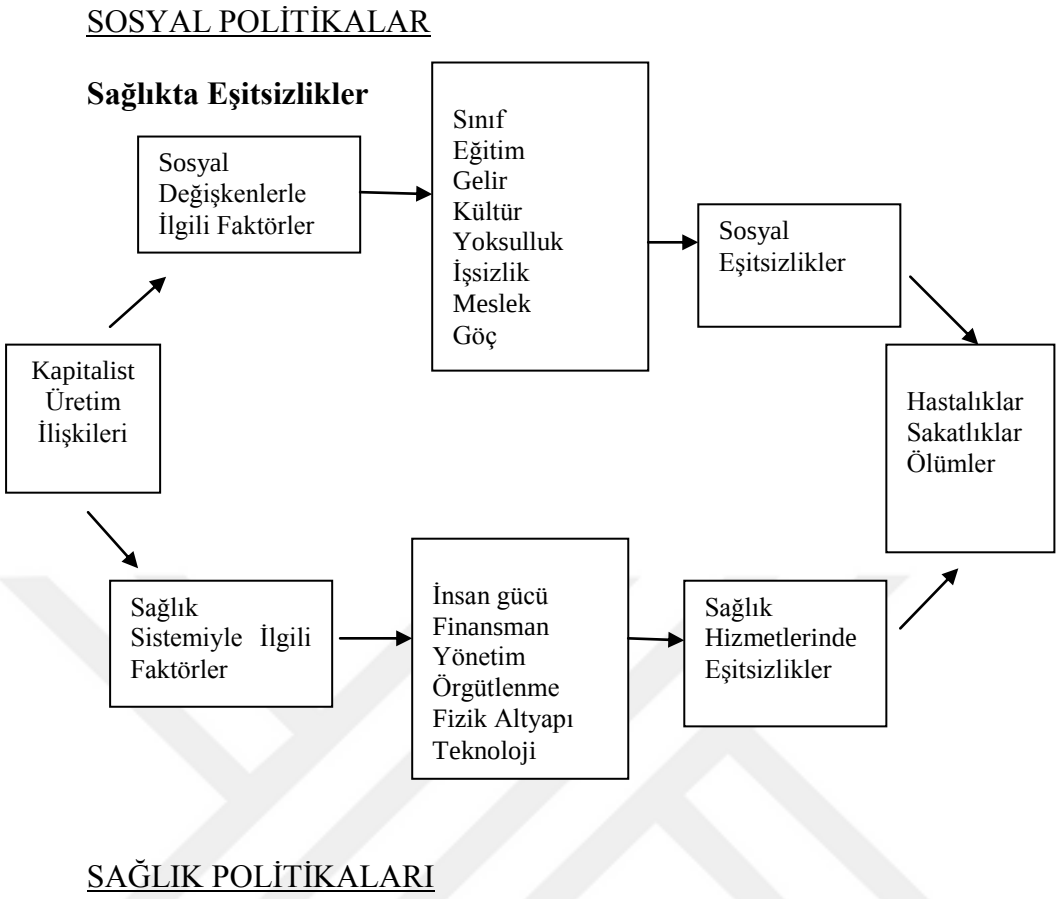
Sağlık hizmetlerinin finansmanında eşitlik ve hakkaniyet ülkelerin üzerinde titizlikle durduğu temel konulardır. İyi işleyen sağlık hizmetlerinin kurgulanmasında finansal eşitlik ve hakkaniyet ilkeleri ülkede yaşayan zengin ve fakir halkın tamamını kapsayan, güvence altına alan sistemin oluşturulmasında temel oluşturmaktadır.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde zengin ve fakirler arasındaki gelir farklılıkları sağlık hizmetine erişimlerini etkileyen önemli bir faktördür. Genellikle fakirler gelirlerinin daha büyük bir oranını sağlık harcamalarına kullanmaktadırlar, diğer yandan gerçekte fakir olmamalarına rağmen hastalıklarına yaptıkları cepten harcamalar nedeniyle fakirleşen birey/ailelerden bahsetmek de mümkündür (Çınaroğlu, 2018).

Ancak sağlık hizmetlerinde performansın eşitlik boyutu sadece finansal ödeme yöntemleri ile açıklanamaz. Finansman dışında kalan sosyal belirleyiciler de bir toplumun sağlıkta eşitlik veya eşitsizlik durumuna katkıda bulunmaktadır. The Institute

of Medicine'nin tanımına göre eşitlik; cinsiyet, coğrafik yerleşim veya sosyoekonomik durum gibi kişisel karakteristik özelliklerden dolayı bakım kalitesinde herhangi bir değişiklik olmamasıdır (Davis ve ark., 2010, s23). OECD ülkelerinde sağlık politikaları; "özellikle yoksul haneler için yüksek veya uzun süreli sağlık harcamalarına karşı mali korumanın sağlanması" ve "nüfusun bütün üyelerinin gerekli sağlık hizmetlerine eşit derecede erişimlerinin sağlanması" olmak üzere iki önemli hedefe ulaşma amacı taşımaktadır (OECD, 2008, s61). Bu iki hedef, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmetleri finansmanında eşitlik kapsamında değerlendirilmektedir.

Sağlıkta eşitlik, sağlık hizmetlerinde eşitlik ve sağlığın sosyal belirleyicilerinde eşitlik olmak üzere iki başlık altında incelenebilmektedir (Şekil 2-7). Bir toplumda yer alan tüm bireylerin ihtiyaçları olduğu zaman ihtiyaçları kadar sağlık hizmetine erişebilmeleri sağlıkta eşitliği belirtmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinde eşitlik ise, öğrenim durumu, meslek, ait olunan sosyal sınıf veya gelir düzeyi gibi eşitsizlik oluşturan sosyal etmenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek veya ortadan kaldırmak ile bireyler arasında eşitlik sağlamak ile tanımlanır. Eğer bu eşitlik durumları negatif yönde etkilenirse sağlıkta eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012). Sağlık hizmetlerinde ve sağlığın sosyal belirleyicilerinde eşitlik kavramları birbiri ile sıkı ilişki içerisinde bulunan kavramlardır, bu ilişki aşağıda yer alan tabloda şematize edilerek açıklanmaktadır.



Şekil 2-7: Sağlıkta Eşitsizlikler Arası İlişki

Kaynak:Şimşek, H. ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, ***10(2),*** 116-127.

Ülkelerin sağlık sistemlerinde tam bir eşitlik sağlaması için her iki düzeyde de eşitlik sağlaması gerekmektedir. Zira sadece sağlık sistemlerini iyileştiren ve bu alanda eşitlik sağlayan ülkeler sosyal eşitsizlik koşullarında düzelme sağlayamazsa temelde toplum sağlığında eşitlikten söz edilmesi mümkün olmaz (Şimşek ve Kılıç, 2012).

2.1.4.6. Hakkaniyet (Fairness)

Hakkaniyet kelimesi en basit anlamı ile "adil" kelimesinin karşılığı olarak ifade edilirken, kısaca "teoride değil, pratikte herkesin uygun sağlık hizmetine erişebilmesi ve kullanabilmesi" olarak tanımlanmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet boyutu eşitlik boyutu ile çok sıkı ilişki içerisindedir. Eşitlikte her bir bireyin eşit şartlar altında sağlık hizmetlerinden

yararlanması söz konusu iken, hakkaniyet boyutunda kişilerin sağlık ihtiyaçları göz önünde bulundurularak ihtiyacı fazla olan kişilere daha fazla sağlık hizmeti sunmak için yapılan çabaları temsil eder.

Hakkaniyetin eşitlikten daha geniş kavramları benimsediği düşünülür, çünkü hakkaniyet; erişim, finansman, sonuç, verimli yönetim ve kaynak tahsisi ve hesap verebilirlik konularında eşitliği içerir. Eşitlik ile ilgili birçok literatür, dar anlamda girdi ve çıktılara odaklanmışken, hakkaniyet daha çok süreçlere odaklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, hakkaniyet ölçütleri istenen eşitliği (girdi, erişim ve sonuç) elde etme sürecini sağlamaktadır (Pannarunothai ve Srithamrongsawat, 2000).

Toplumdaki her birey sağlık durumu (doğuştan gelen hastalıklar, kronik hastalık varlığı, AIDS, vb. hastalıkların görülmesi, vb.), sosyoekonomik durumu, eğitim durumu, gelir dağılımı, cinsiyet, vb. nedenler ile eşit şartlar altında yaşamlarını sürdürmemektedirler. Bu durumda sağlık harcamaları için eşit koşullarda bulunmayan bu bireylere eşit sağlık hizmeti verilmesi beklenemez. Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet işte bu eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için yapılan çabaları ifade eder (Ökem, 1996). Aslında daha açık ifade etmek gerekirse sağlıkta hakkaniyet, dezavantajlı bireylerin lehine olacak şekilde eşitsizlikler yaratmayı teşvik eder.

Eşitsizlik ve hakkaniyet ilişkisini incelerken gözden kaçırılmaması gereken bir konu bazı eşitsizlik durumlarının hakkaniyetsizlik olmadığıdır. Aynı toplumda doğan ve aynı gelir düzeyine sahip iki farklı kişinin beklenen yaşam süreleri faklı olabilir. Bu fark eğer kişilerden birisinin doğuştan gelen bir hastalığı nedeni ile meydana gelmişse burada bir eşitsizlik durumu söz konusudur ve bu nedenle hakkaniyet çerçevesinde hizmet alması sağlanmalıdır. Diğer yandan, bu kişilerden birisi kendi tercihi olan kötü yaşam biçimi nedeni ile diğerinden daha düşük yaşam beklentisine sahip ise burada eşitsizlikten bahsetmek mümkün olmayacaktır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Sağlıkta hakkaniyet iki boyut altında incelenmektedir (Öztürk ve ark., 2017);

- Sağlık hizmetlerine yapılan finansal katkıda hakkaniyet ve
- Sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet

Finansal katkıda hakkaniyet; zenginlerin yoksullara göre sağlık için daha fazla katkı yapmaları anlamına gelmektedir. Hatta bazı durumlarda çok aşırı yoksul bireylerin sağlık finansmanına hiçbir katkı yapmaması bile mümkündür. Ülkeler sağlık

sistemlerinin finansmanını belirlerken ülkenin sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyi, mali kapasite, uygulanabilirlik, verimlilik ve tüketici/hizmet sunucu davranışları gibi pek çok faktörü göz önünde bulundururlar. Bu faktörlerin yanı sıra hakkaniyet, sağlık sisteminin finansman türünün belirlenmesinde çok önemli bir yere sahiptir. Bazı finansman yöntemleri özellikle gelir düzeyi düşük ve/veya sağlık statüsü daha kötü alt grupları göreceli olarak olumsuz yönde etkileyebilir. Bu yüzden finansman yöntemi belirlerken bu gruplar üzerindeki etkiyi mutlaka incelemek gerekmektedir (Tatar, 2011). Murray ve Frenk'e (2000) göre finansal katkı, hizmeti kullanımı ile değil, kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olmalıdır.

Hakkaniyet, finansal anlamda dikey ve yatay hakkaniyet olmak üzere iki farklı boyutta incelenmektedir. Yatay hakkaniyet bir ülkede bulunan aynı gelir düzeyine sahip insanların aynı oranda sağlık finansmanına katkı yapmalarıdır. Dikey hakkaniyet ise, ülkedeki farklı gelir düzeyine sahip kişilerin farklı düzeylerde (ödeme gücüne oranla) katkı yapmasını ifade eder (Murray ve ark, 2000, s6; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Dikey ve yatay hakkaniyet farklı finansman modelleri ile sağlanabilir. Özellikle dikey hakkaniyet daha adil bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

Dikey hakkaniyet modelinde; ödeme gücü artarken sağlık hizmeti için yapılan ödemeler de artıyorsa artan oranlı, tam tersine ödeme gücü artarken sağlığa yapılan ödemeler azalıyorsa azalan oranlı olarak adlandırılmaktadır. Sağlık finansmanında azalan oranlı ödemeler hakkaniyetsiz olarak görülmektedir (Alcan, 2015, s42).

Hizmet kullanımında hakkaniyet ise; bireylerin sosyo ekonomik durumlarındaki farklılıkları göz önüne almaksızın, aynı düzeydeki sağlık ihtiyaçları için eşit tedavi şansına erişebilmeleridir (Öztürk ve ark., 2017).

2.1.4.7. Kalite (Quality)

Sağlık alanında en eski ve en bilindik söylem olan "öncelikle zarar verme" ilkesi, eski zamanlardan beri sağlık hizmeti sunanların yaptıkları işlemlerde güvenlik ve kalite unsurlarını dikkatle ele almaları gerekliliğini belirtmektedir (Aydın ve ark., 2008, s25). Günümüzde halen geçerliliğini koruyan bu çaba, sağlık hizmetlerinin hatalı, eksik veya yanlış zamanda uygulanması nedeniyle yaşanan ölümler ve yaralanmaların azaltılması için önemli bir performans boyutudur.

Sağlık hizmetleri kalite çalışmaları ile hedeflenen; sağlık hizmet sunucularının bilimsel norm ve standartlara uygun ve aynı zamanda hizmet alanların beklentilerini karşılayacak uygulamalar yapmasıdır (Kavuncubaşı, 2000). İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service-NHS) sağlık hizmetleri kalitesini; "doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak" şeklinde tanımlar (Moss ve ark., 1998).

Sağlık hizmetlerinde kalite genel olarak dört bakış açısı altında incelenebilir. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır (Aydın ve ark., 2008, s9-28);

- Hasta kalitesi; hastaların almak istedikleri sağlık hizmetinden beklentilerinin neler olduğunu değerlendirir. Hastaların aldıkları hizmet karşılığında belirttikleri memnuniyet düzeyleri, şikayetleri ve taleplerinin ölçülmesi ile değerlendirilmektedir.
- Mesleki kalite; hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve en iyi uygulamaların takip edilmesidir. Yapılan sağlık işlemlerine ait klinik sonuçlar ve hata düzeyleri ölçülerek değerlendirilir.
- Yönetim kalitesi; verimliliği sağlayan uygulamalar ve benzer düzenlemeler ile kaliteli hizmet sunumunu gerçekleştirmeye yarayan kalite araçlarının tanımlanması, ölçülmesi ve standartların belirlenmesidir. Hastanede yapılan işlemlerin birim maliyetleri ve hastanede kalış süreleri gibi veriler ile değerlendirilir.
- Sağlık sistemi kalitesi; sağlık sistemini sadece hasta bireye verilen hizmetler değil, sağlıklı kişilerin hastalıklardan korunması ve sağlıklarının iyileştirilmesi çerçevesinde inceleyen sistem kalitesi; toplum için sağlığı koruma ve sağlığı teşvik etme faaliyetlerini kapsayan daha bütüncül bir bakış açısında değerlendirir.

Sağlık kuruluşları kaliteli bir hizmet sağlayabilmek için sundukları hizmetin kalitesini ölçmek, bu ölçümlerden elde edilen veriler ışığında çalışan, klinik ve kurum düzeyinde iyileştirmeler planlayıp uygulamak ve yeniden değerlendirme sürecini bir sistem içerisinde sürekli hale getirmek zorundadır. Bu sebeple dünya genelinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülebilmesi için bir takım standartlar ve modeller geliştirilmiştir. Bunlardan en sık kullanılanları; International Organization for

Standardization (ISO) standartları, akreditasyon standartları, European Foundation for Quality Management (EFQM) modeli ve Malcolm Baldridge Modeli'dir (Kömürcü ve ark. 2014).

Sunulan hizmetin kalitesi kuruluşun performansını, müşteri tatminini ve müşterilerin satın alma niyetini etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde de hasta ve hasta yakınlarının hizmet kalitesi üzerine algılarının, hastaların hizmetten tatmin olma ve yeniden tercih etmeleri ve dolayısıyla hastanenin maddi kazancı üzerine önemli rolü vardır. Bu sebeple hizmet kalitesi sağlık kuruluşlarının başarılı olmasında kilit öneme sahip bir değişken özelliği taşımaktadır (Dursun ve Çerçi, 2004).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) yüksek kalitede sağlık hizmetlerinin sahip olması gereken özellikleri şu şekilde ifade etmiştir (Özgen, 1995):

- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Sağlık çalışanlarının görevleri sırasında, sahip oldukları bilgi ve becerilerini yaptıkları işe yansıtmaları sağlık hizmetlerinin teknik kalitesi olarak ifade edilir.

Mesela; bir doktorun cerrahi operasyondaki becerisi, klinikte yatan hastayı başarılı şekilde tedavi etmesi, bir hemşirenin hasta bakımında uzmanlığı, hastaların ortalama yatış süresi, taburcu olan hastanın geri gelme oranı, enfeksiyon oranları gibi kriterler teknik kalitenin gösterleridir. Fakat, sağlık hizmetinin bir özelliği olan bilgi asimetrisi nedeniyle, hasta ve hasta yakınlarının kendilerine sunulan hizmetin uygunluğu, doğruluğu, gerekliliği veya yeterliliği gibi konularda görüş bildirmesi zordur. Bu yüzden hasta ve yakınlarının sağlık hizmetleri kalitesini değerlendirmesi daha çok sağlık hizmetlerinin teknik boyutunun dışında kalan, sağlık çalışanı–hasta ilişkisi ve/veya hastane ortamı gibi dolaylı kriterlere dayanır (Devebakan, 2006).

Müşteri bakış açısı ile hizmet sunan firmaların algılanan hizmet kalitesini ölçmek için Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeği, Babakus ve Mangold tarafından sağlık işletmelerine uyarlanmış ve sağlık hizmetlerine özel 15 maddeli bir SERVQUAL ölçeği geliştirilmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümünde bu ölçek yaygın olarak kullanılmaktadır (Tengilimoğlu, 2013).

Sadece hasta memnuniyetine odaklanan sağlık hizmeti sunumunda, hastaların tıbbi ihtiyaçlarının göz ardı edilebilmekte, benzer şekilde yalnızca tıbbi ihtiyaçların önemsendiği hizmet sunumlarında ise hasta ve hasta yakınlarının istek ve beklentilerinin ihmal edilme olasılığı bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet sunumunda dengeyi sağlayabilmesi için hizmet sunumunda hasta ve yakınlarının beklenti ve isteklerini dikkate alırken, bir yandan da bilimsel norm ve standartlara uygun tanı ve tedavi süreçlerini uygulaması beklenir (Devebakan, 2006).

Ülkeler ya da sağlık kuruluşları arasında tıbbi hizmetlerin kalitesindeki farklılıkları azaltabilmek için bu uygulamalar standart hale getirilmelidir. Bunu sağlamanın en iyi yolu klinik uygulama rehberleridir. Günümüzde hastaların tanı ve tedavi sürecinde kanıta dayalı olarak oluşturulan rehberler yaygın olarak kullanılmakta ve klinik sonuçlarda belirgin iyileşmelere neden olmaktadırlar (Shortell ve ark., 2007).

2.1.4.8. Erişebilirlik (Accessibility)

Erişim bir yere varma, bir yere ulaşma ya da girme, kullanma ya da ziyaret etme hakkı ya da fırsat olarak tanımlanmıştır. Sağlık bakımında ise erişim, her zaman bir hizmete, bir sağlayıcıya veya bir kuruma erişim olarak nitelendirilir. Böylece tüketicilerin veya toplulukların ihtiyaçları ile orantılı olarak uygun hizmetleri

kullanabilmeleri için fırsat veya kolaylık olarak tanımlanır (Levesque ve ark., 2013). Sağlık hizmetlerine en iyi erişim, sağlık personelinin bakım vermesi ve zamanında müdahalesinin sağlanması veya sağlık hizmeti sağlayıcısının hastanın bulunduğu eve ya da yere götürülmesini gerektiren durumlarda paramedikal olarak yetkilendirilmesiyle karakterize edilen bir durum anlamına gelir (Ursilica, 2016). Buradan anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinde erişim, her zaman hasta veya sağlığını kontrol ettirmek isteyenlerin sağlık hizmeti verenlere ulaşımını değil, aynı zamanda hizmet sunanın da gerekli olduğu durumlarda hastaya ulaşmasını ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasasında "erişilebilir en yüksek düzeydeki sağlık standartlarından yararlanmak ırk, din, politik inanç veya sosyal durum gözetmeksizin her bireyin en temel haklarından biridir" denilmektedir (WHOa, 2014 Aralık). Bu madde ülkelere, ayırım yapmaksızın tüm vatandaşlarının sağlıktan yararlanmalarını sağlamak üzere uygun koşulların oluşturulması için yasal zorunlulukları olduğunu açık bir şekilde ifade etmektedir (WHOb). Nitekim Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. maddesinde Devlet'in görevleri arasında "herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak..." yer almaktadır.

Dünya ülkeleri açısından incelendiğinde düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlığa erişiminin yüksek gelirli ülkelere nazaran daha az olduğu ve yine ülke içerisinde geliri düşük bireylerin de sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları görülmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkeler küresel düzeyde hesaplanan sağlık yükünün %90'ını oluşturmakta iken, sağlığa ayrılan toplam harcamalardan sadece %12'sini kullanmaktadırlar (Peters ve ark, 2008).

Erişebilirlik boyutu genel olarak fiziksel, ekonomik ve bilgi erişebilirliği olarak üç ayrı düzeyde incelenmektedir (WHOb). Bunlar kısaca şu şekilde açıklanmaktadır;

Fiziksel Erişebilirlik; sağlık kurumlarının çalışma saatleri, randevu alma/verme sistemleri gibi bireylerin ihtiyaç duydukları zamanlarda sağlık hizmetlerine fiziksel olarak erişebilmelerini ifade etmektedir. Özellikle kadınlar, çocuklar, engelliler, azınlıklar, HIV/AIDS hastalığı bulunanlar gibi savunmasız veya marjinal kişilerin sağlığa erişimlerinin sağlanması fiziksel erişebilirlik çerçevesinde yer almaktadır.

Ekonomik Erişebilirlik; bireylerin finansal zorluk yaşamadan sağlık hizmetleri alabilmelerinin sağlanabilmesidir. Ancak bu kapsamda; kişilerin finansal zorluk yaşamalarının sadece sağlık hizmetine karşılık ödedikleri bedel ile sınırlandırılmaması,

hizmeti aldıkları sırada çalışamadıkları durumlar için yaşadıkları her türlü maddi giderlerin hesaplanması gerektiği dikkat edilmesi gereken bir noktadır. Ülkelerin sağlık sistemleri finansmanı ve hane halkı gelirleri ile direkt olarak ilgili bir konudur.

Bilgiye Erişebilirlik; sağlıkla ilgili bilgiyi araştırmak, almak ve açıklamak ile ilgilidir. Ancak kişisel verilerin gizliliği konusuna önem verilmesi gerekmektedir.

Peters ve arkadaşları (2008) ise yaptıkları çalışmada, sağlıkta erişebilirliği dört başlık altında incelemektedirler. Bu başlıklar kısaca şu şekilde sıralanmaktadır;

- Coğrafik erişebilirlik; sağlık hizmeti almak isteyen kişinin hizmet verilen yere fiziksel olarak mesafesi veya varış süresi,
- Uygunluk; kişinin ihtiyacı olan doğru sağlık hizmetine erişimini ifade etmektedir. Örnek olarak; operasyon ve bekleme süreleri, uygun hizmet sağlayıcısı ve materyale erişim gösterilebilir.
- Finansal erişebilirlik; hizmetin ücreti ve kişinin ödeme gücü/ödemeye razı olduğu ücret arasındaki ilişkiyi tarif etmektedir.
- Kabul edilebilirlik; birey veya toplumların sosyal ve kültürel beklentilerine karşılık sağlık hizmeti sunucularının ne derecede duyarlı olduğunu göstermektedir.

2.1.4.9. Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık (Accountability and Transparency)

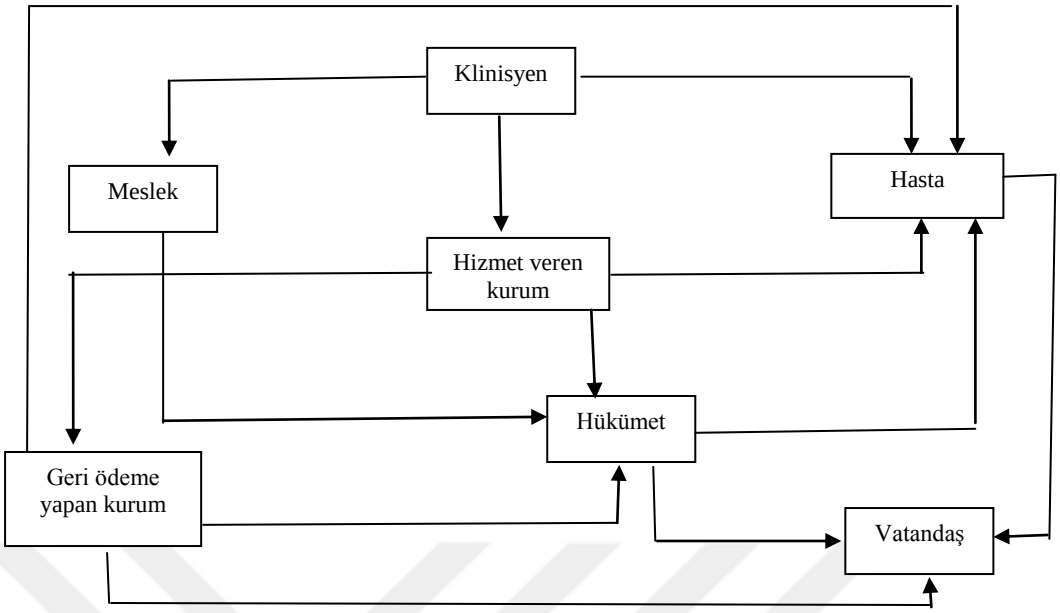
Sağlık sistemi içerisinde pek çok aktör farklı açılardan hizmet vermekte veya hizmet almaktadır. İyi işleyen bir performans ölçüm modeli, hizmet verenlerin hizmeti alanlara karşı hesap verebilirliğini karşılaması gerekmektedir (Smith ve ark., 2008). Hesap verebilirlik, özel veya kamu kurumu olup olmadığına bakılmaksızın tüm kurumlarda emanet edilen mal ya da paranın olması gerektiği gibi kullanılıp kullanılmadığının değerlendirilmesidir. Hesap vermesi gereken kişi/kurum ya da gruplar sadece yaptıkları işlerden değil, aynı zamanda yapmaları gerekip yapmadıkları işlerden de hesap vermeye sorumludurlar. Hesap verebilirliğin olmadığı kurumlarda kamusal kaynakların kullanımında kayıp ve kaçaklar oluşması söz konusu olabileceği gibi, kamusal amaçlara ulaşmada istenilen hedeflere varma olumsuz etkilenecektir (Çınar, 2015). Sağlık hizmetlerinde hesap verebilirlik, Gamm'ın tanımına göre "sağlık hizmetleri organizasyonlarının hesap verebilirliği, politik, ticari, topluluk ve klinik/hasta ilgi ve beklentilerini dikkate alarak ve buna yanıt olarak tanımlanmaktadır. Hesap

verebilirlik, sağlık liderlerinin bu önemli kamuoyunun çıkarlarını ve beklentilerini karşılamak için verimlilik, kalite ve erişim hedeflerini takip etmeleri sürecidir" şeklinde tarif edilmektedir (AHA, 1999, s1).

Tarih boyunca hesap verebilirlik ilkesinin ilk kez kullanımı Hammurabi'nin kamu kaynaklarını kullananlardan hesap sorması ile gerçekleşmiştir. Modern anlamda ilk kez kullanımı ise, İngiliz Kralı I. William'ın krallığındaki tüm mal sahiplerinin mal varlıklarını bildirmelerini istemesi olarak görülmektedir (Akman, 2015). Hesap verebilirlik iki ana unsuru olan bir boyuttur. Bu unsurlardan birincisi hizmet verenin hizmet alana karşı bilgi sağlaması, diğeri ise bu bilginin karşılığında hizmet alanın vereni ödüllendirmesi veya yaptırımlara tabi tutmasıdır (Smith ve ark., 2008).

Hesap verebilirliğin kendi içinde farklı alt boyutları bulunmaktadır. Bunlar; politik hesap verebilirlik, finansal hesap verebilirlik ve yönetimsel hesap verebilirlik'tir. Politik hesap verebilirlik, adından da anlaşılacağı üzere siyasi güç olarak iktidarda olan yönetimlerin halka karşı hesap vermesidir. Finansal hesap verebilirlik; kaynakların kullanımı ile ilgili doğru ve zamanında raporlama yapılmasına odaklanmaktadır. Genel olarak, kaynakların nasıl kullanıldığı, nelere tahsis edildiği, verimli kullanılıp kullanılmadığı ile ilgili soruların cevaplarına yanıt vermektedir. Yönetimsel hesap verebilirlik ise; belirli bir çerçeve kapsamında belirlenmiş görev ve sorumlulukların gerçekleştirilme düzeylerinin zorunluluğunu ifade eder (OECD, 2010).

Sağlık hizmetlerindeki hesap verebilirlik daha çok finansal ve yönetimsel hesap verebilirlik boyutu ile ilgilenmektedir. Şekil 2-8'de gösterildiği üzere sağlık sistemi içerisinde yer alan her bir aktörün farklı açılardan hesap verebilme sorumluluğu vardır. Örneğin hangi hastanede tedavi göreceğine karar vermek isteyen bir hasta farklı hastanelerin performanslarını incelemek isteyebilir. Veya ödeme kurumları hangi hastanelerle hizmet anlaşması yapacağına karar verme aşamasında performansı yüksek hastaneyi tercih edebilir. Klinisyenler ise yaptıkları işlemler sonucunda hem hastaya, hem görev yaptıkları kuruma hem de meslek odaları gibi kurumlara hesap verme sorumluluğu altındadırlar.



Şekil 2-8: Sağlık Hizmetlerinde Hesap Verebilirlik Açısından İlişki Haritası

Kaynak: Smith, P. C., Mossialos, E. ve Papanicolas, I. (2008). *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects.*WHO Regional Office for Europe. Danimarka. s2.

Hesap verebilirlik boyutu ile çok yakın ilişkide bulunan bir diğer boyutta şeffaflıktır. Şeffaflık en basit şekli ile sır olmaması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde şeffaflık, sağlık hizmeti sunucularını kalite ve fiyat temelinde rekabet etmeye zorlamakta ve tüketicilerin sağlık hizmeti sunucularından hangisinin en iyi değeri sunacağı konusunda bilinçli kararlar verebilmelerini sağlamaya yardım etmektedir. Bu bakımdan, hizmet verenler açısından organizasyonel düzenlemeler şeffaflığı ve hesap verebilirliği teşvik etmelidir. Ayrıca bilinçlenen hastaların vergi harcamalarına ve hasta haklarına ilgilerinin artması da trendi güçlendiren bir etmen olmuştur. Şeffaflık, aynı zamanda sağlık hizmetlerinde bilgi transferini, kalite gelişimini ve genel yönetimi kolaylaştırmaya yardım eden bir unsurdur (Abuhanoğlu ve Karadağ, 2015). Etkili ve iyi işleyen hesap verme sistemleri yönetim için gereklidir ve hesap verebilirliğin iyi işlemesi için şeffaf politikaların oluşturulması önemlidir (Çınar, 2015).

Çınar (2015) tarafından yapılan araştırmada İstanbul ilinde faaliyet gösteren 74 adet hastanede (kamu ve özel) çalışan 351 yöneticiye anket uygulanmış ve hastanelerde

hesap verilebilirlik boyutunun kurumsal performansı pozitif olarak etkileyeceği sonucu tespit edilmiştir.

Abuhanoğlu ve Karadağ'ın (2015) yaptıkları çalışmada ise, yönetici hemşirelerin çoğu, sağlık hizmetlerinin hesap verebilir ve şeffaf olması gerektiğini savunurken, ülkemizdeki durumun bu şekilde olmadığını belirtmişlerdir.

2.1.4.10. Cevap Verebilirlik/Hasta Deneyimleri (Responsibility/Patient Experiences)

Sağlığın iyileştirilmesine ve sağlık sistemlerinin adil bir şekilde finanse edilmesine ek olarak, sağlık sistemlerinin bireylerle etkileşim şekilleri de onların refahı üzerinde etkili olmaktadır. Bazı araştırmacılar bu çalışma alanını "hasta deneyimi" olarak adlandırırken, WHO ise "cevap verebilirlik" olarak adlandırmıştır. Aynı zamanda sağlık sisteminin performansının, mortalite, morbidite ve kullanım istatistikleri gibi geleneksel göstergelerle ölçülmesinin yanı sıra bu boyuttaki performansının da değerlendirilmesini önermiştir. Bu boyut sağlık hizmeti sunumunu insan hakları çerçevesinde ele almaktadır. Hem insan hakları hem de sağlık hizmetinin performansındaki cevap verebilirlik boyutu ortak bir hedefe ulaşmayı arzu etmektedir; sağlık sistemi bağlamında bireylerin ve toplumların haklarını kolaylaştırmak (Gostin ve ark., 2003). Bu tanım, hastanın tüm etkileşimlere dayanarak almış olduğu bakımın öncesi, bakım sırasında ve bakımın sonrasını da kapsayan sağlık bakımı hakkında hissettiği yol olarak tanımlanabilir ve birçok faktörden ve bakım yolunun birçok aşamasında etkilenebilir. Örneğin, hastalar aldıkları bakımın yüksek bir standartta olduğunu düşünüyorsa veya personelin tedavi etme şeklinin kabul edilemez olduğunu hissediyorlarsa, bu durum hastaların sağlık hizmetlerine karşı memnuniyet derecelerini büyük ölçüde etkileyebilir. Kalite ve etkenlik boyutları, hastalar için bu deneyimi geliştirmeyi amaçlamaktadır (NHS Greater Preston). Sağlık sistemlerinin toplumun meşru beklentilerine karşı cevap verebilirliği önemli bir amaç olarak kabul edilmektedir (Üstün ve ark., 2001).

Cevap verebilirlik, aynı zamanda sağlık sisteminin toplumun sağlık hizmetlerine ilişkin tıbbi olmayan diğer yasal beklentilerine nasıl karşılık verdiğini yansıtmaktadır. Cevap verebilirlik kişilerin konforunu artıran bir boyuttur. Bir sağlık sisteminin cevap verebilirliği ne kadar yüksek olursa, sağlık üzerindeki etkisi ne olursa olsun, insanların rahatı da o kadar yüksek olacaktır. Hastanelerde sağlık sisteminin cevap verebilirliği

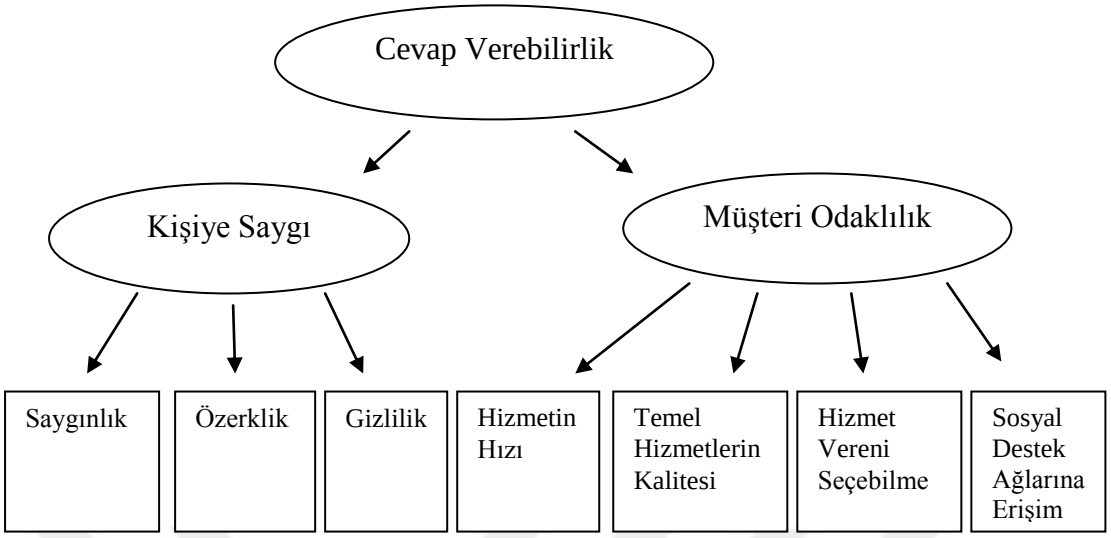
aynı zamanda hastaların bakımın kalitesini nasıl algıladıklarını değerlendirilmek için de önemli bir araçtır (Bazzaz ve ark, 2015).

Cevap verebilirlik boyutu bireylerin sağlıkla ilgili aldıkları hizmetten ziyade sağlıkla ilgili olmayan ihtiyaçlarının karşılanması durumunu ifade eder. Bu boyutta, bireyin bir sağlık kuruluşundan hizmet alırken kendisine yapılan tanı, teşhiş veya tıbbi müdehalenin ihtiyaçlarını nasıl karşıladığını değil, aksine bu hizmetleri aldığı esnada bireysel olarak kendisine nasıl hizmet verildiğini değerlendirir. Hastanın sağlık sistemi ile olan etkileşiminde saygınlık, otonomi, hızlı hizmet, iyi iletişim, bakımı esnasında sosyal desteğe erişimi, temel hizmetlerin kalitesi ve tedavi vereni seçme hakkı içerisinde hizmet almasını ifade eder (Papanicolas ve Smith, 2013, s9). Hastalar, sağlık çalışanları tarafından acılarının ve yaşadıkları kısıtlamaların anlaşılmasını isterler. Ne yazık ki, pek çok sağlık çalışanı tedavinin bu yönünü (özellikle dezavantajlı gruplarla uğraşırken) göz ardı etmektedir. Birçok sağlık hizmetinde, cevap verebilirlik sadece çok az sayıda hastaya sağlanabilen bir hizmet olarak kabul edilmektedir (WHOc, 2008, s46).

Cevap verebilirliğin değerlendirilmesinde üç farklı yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; hastaların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin deneyimlerine ait göstergeler, hizmet sürecinin farklı aşamalarındaki bireysel memnuniyet göstergeleri ve kişilerin sağlık hizmetlerinden beklentilerini ölçen göstergelerdir (OECD, 2008, s78).

Sağlık sistemlerinin cevap verebilirliğinin alt boyutları kişiye saygı ve müşteri odaklılık olarak iki başlık altında gösterilebilir. Bunlar da kendi içlerinde farklı alt boyutlara ayrılmaktadırlar. Şekil 2-9'da bu iki başlık ve alt boyutlarını şematize ederek açıklamaktadır.

Kişiye saygı başlığının altında saygınlık, özerklik ve gizlilik alt boyutları yer almaktadır. Müşteri odaklılık başlığının altında ise hizmetin hızı, temel hizmetlerin kalitesi, hizmet vereni seçebilme ve sosyal destek ağlarına erişim alt boyutları bulunmaktadır. Kişiye saygı başlığı altındaki boyutların müşteri odaklılık başlığı altındakilere göre daha çok bireyin kendisine yönelik kişisel özellikler taşıdığı, müşteri odaklılıkta ise topluma yönelik iyileştirme çalışmalarından söz edildiği görülmektedir.



Şekil 2-9: Cevap Verebilirlik Alt Boyutları

Kaynak: Prakash, G ve Singh, A. (2013). Responsiveness in a District Health System: The Changing Relationship of the State with its Citizen.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik düzeylerinin ölçülmesi için geliştirilen ölçekte bu boyutun değerlendirilmesinde kullanılan özellikler şu şekilde açıklanmaktadır (Hayran, SD Platform; Murray ve Frenk, 2000);

- Özerklik; kişilere sağlık hizmeti sunarken görüşlerinin sorulması, onların düşünce ve tercihlerinin göz önünde bulundurulması düzeyidir. Tıbbi müdehaleler öncesinde izinlerinin alınıp alınmamasını değerlendirir. Bireyler veya onlar adına karar verebilecek kişilerin, yapılacak müdehalelerin kabul veya red edilmesinde karar verme gücüne sahip olmasını savunur.
- Tercih; bireyin kendisine sağlık hizmeti sunacak profesyonelleri seçme özgürlüğüdür. Hastalar, onlara sağlık hizmeti sunan kişileri seçmek isteyebilir. Bu endişe, çoğu zaman bireysel hizmet sağlayıcı ve yalnızca ikincil olarak bakım sağlayan kurum için geçerlidir. Tercihte bulunabilmek, cevap verebilirliğin meşru bir bileşeni olarak görülmektedir.

- İletişim; kişinin hizmet alırken sağlık profesyonellerine soru sorabilmesi ve tatmin edici cevaplar alabilmesidir.
- Gizlilik; hasta mahremiyeti olarak da tanımlanabilen, bireye ait kişisel bilgilerin gizli tutulup tutulmadığıdır. Sağlık hizmeti alan bireyler kişisel bilgilerinin gizliliğinin koruması hakkına sahip olmalıdır. Bireyler kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğine saygı gösterileceğine güven duyduklarında, sağlık hizmeti sağlayıcılarına önemli tıbbi geçmiş bilgilerini vermeleri daha olasıdır. Gizlilik ilkesine saygı esastır, çünkü kişisel bilgilerin gizliliği ve kişisel kontrolü ile ilgili temel bir nosyon desteklenmektedir.
- Saygınlık; bireyin hizmet alırken kendisine ne derecede saygı gösterildiğinin değerlendirilmesidir. Sağlık sistemlerinin bulaşıcı hastalıklara sahip kişileri toplumdan izole ederek, genel toplum sağlığını koruma yaklaşımı akılcı bir çözüm olarak düşünülebilir. Ancak bu durum cevap verebilirlik açısından son derece sakıncalı bir yaklaşım olacaktır. Bireylerin haysiyetine saygı ilkesi gereğince temel insan haklarının ihlali olarak algılanan bu davranış kesinlikle kabul edilemez bir durumdur. Aynı zamanda klinik araştırmalar sonucunda bireylerin mahremiyet alanına giren utanç verici durum saptanmasında da onlara karşı nezaket ve duyarlılık sergileme sorumluluğunu getirmektedir.
- Hizmet mekanının niteliği; hizmetin sunulduğu ortamın temizliği, yeterli mekanların oluşturulmuş olması gibi fiziksel düzenlemesini ifade eder. Temiz bekleme odaları ya da hastanelerdeki yeterli yatak ve yiyecek gibi sağlık hizmetlerinin temel özellikleri, genellikle kişiler tarafından çok değer verilen bakım unsurlarıdır.
- Hizmetin hızı; hizmete ne kadar çabuk ulaşabildiği, hizmet için bekleme sürelerini kapsamaktadır. Yapılan anketler, kişilerin hizmetin hızı hakkında düşüncelerinin memnuniyet düzeyleri hakkında önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Kişiler sağlık hizmetine hızlı erişimin daha iyi sağlık çıktılarına imkan sağlayacağını düşünmektedirler. Ve aynı zamanda hızlı erişim ile tanı ve tedavi için bekleme sürelerinin oluşturacağı korku ve endişeyi azaltacağını düşünmektedir.

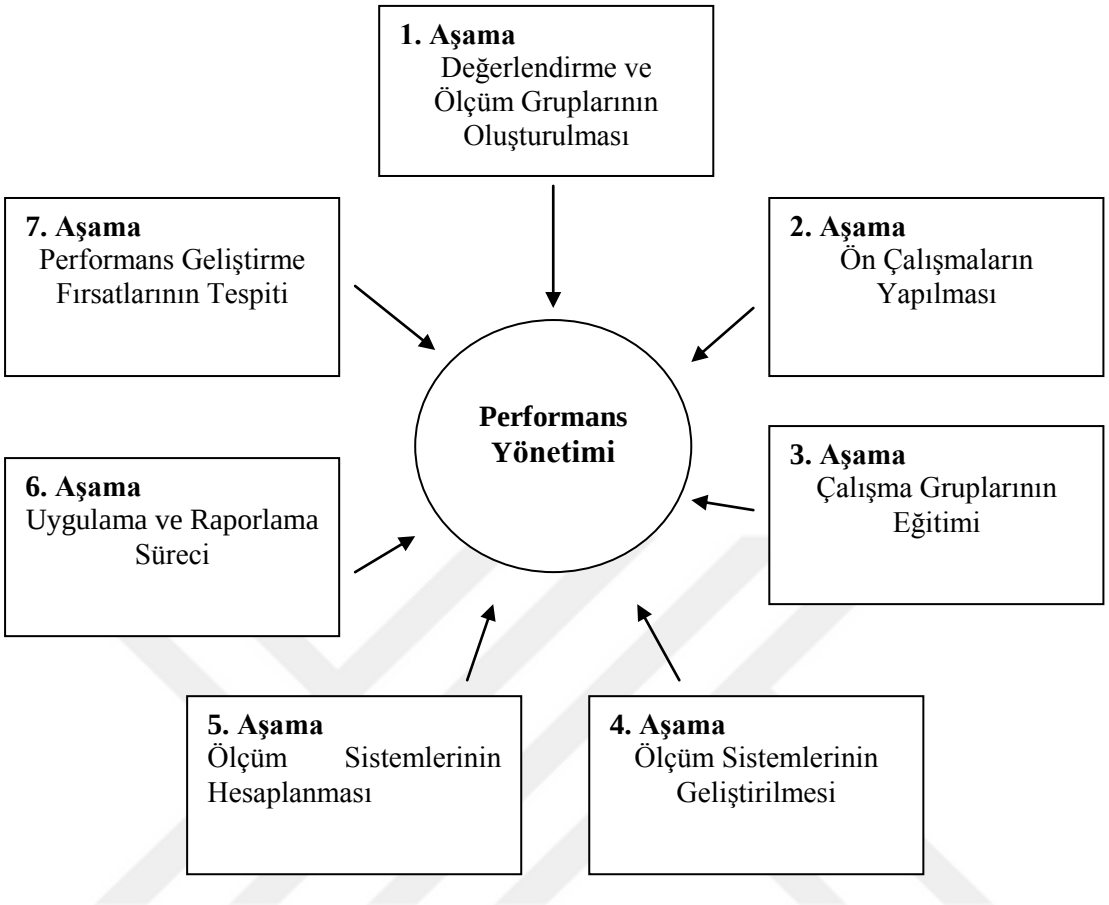
- Sosyal desteklere erişim; bireyin hizmet alırken kendi sosyal çevresi ile iletişimine devam edebilme düzeyi, inançlarına uygun ibadet imkanlarına erişimi değerlendirilmektedir. Bakımınhızlı bir şekilde verilmesi sağlansa bile, bireyin ailesinden ve toplumundan uzakta sağlanıyorsa, bakım ve tedavi sırasında sosyal destek ağlarına erişim engellenebilir. Sosyal desteğe erişim beklentisi sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğinden sadece araçsal bir amaç olarak algılanmamalıdır.

2.1.5. Performans Ölçümü, Standartlar ve Göstergeler

Ölçme, insanların yetkin, üretken ve performans gösterip göstermediğini belirlemek için davranışların, niteliklerin ve görmek istenen sonuçların yeterli olup olmadığını öğrenmek amacıyla bilgi toplama şeklinde yapılan bir eylemdir (Hale, 2003, s58). Performans ölçümünde öncelikle, neyin ölçüleceği sorusu cevaplandırılmalıdır. Ardından, göstergelerin seçilmesi gerekir. Daha sonra, verilerin toplanması ve sonuçların analiz edilmesi ve son olarak, bulguların rapor edilmesi gerekmektedir. Süreç boyunca ölçüm kalitesi önemli bir husustur (Van Dooren ve ark., 2015, s63).

Performans ölçüm aşamalarına geçmeden önce kurumun hedeflerin belirlenmesi önemlidir. Bu hedefler doğrultusunda kurumda çalışan herkese kendilerinin ne yapması gerektiği hakkında yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. Kişilere ait hedefler açık ve anlaşılır bir şekilde ifade edilmelidir. Her birimin kurumun ana performans hedefine uygun olarak tanımlanmış performans hedeflerinin bulunması gerekmektedir (Coşkun, 2007, s4).

Performans yönetimi, bünyesinde pek çok aşamayı barındıran geniş kapsamlı bir yönetim aracıdır. Genel olarak kurumlarda performans değerlendirme için uygulanacak yönetim süreci birbirini takip eden ve birbiri ile sıkı ilişki içerisinde bulunan yedi aşamadan meydana gelmektedir. Bu aşamalar aşağıda yer alan şekil (Şekil 2-10) ile şematize edilmektedir.



Şekil 2-10: Performans Yönetim Sürecinin 7 Aşaması

Kaynak: Aktaran; Aktan, C. C. (2009). Performans yönetimi: organizasyonlarda performans değerlendirme ve ölçme. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi,* ***1(1),*** 25-49.

Sürecin ilk aşaması, performans değerlendirme ve ölçme sistemini planlayacak ve uygulayacak çalışma gruplarının belirlenmesi aşamasıdır. İkinci aşamada planlamaya yardımcı olmak üzere kurum ile ilgili veriler toplanarak diğer ön hazırlıklar yapılmaktadır. Üçüncü aşamada, performans değerlendirme ve ölçme hakkında çalışanlara eğitim verilerek, bilgilenmeleri sağlanmaktadır. Dördüncü aşamada kurum için performansı değerlendirecek en iyi "performans ölçüm modeli/sistemi" oluşturulmalıdır. Beşinci aşamada, performans ölçüm sistemlerinin hesaplanması yapılmalıdır. Altıncı aşama uygulama aşamasıdır, bu aşamada performans ölçüm sistemleri uygulanır ve raporlama yapılır. Son aşamada ise, sürecin bütünü genel olarak gözden geçirilir ve varsa kurumdaki eksiklikler tespit edilerek performansın geliştirilmesi için yapılması gerekenler değerlendirilir.

Ölçüm süreci genel olarak, “kavramsallaştırma ve strateji”, “seçme ve geliştirmeyi ölçme”, “verilerin toplanması ve analizi” ve “raporlama ve kullanım” olmak üzere dört aşamadan oluşur. Bu aşamalar herhangi bir kurum veya sistemin farklı düzeylerinde görülebilmektedir (Adair ve ark., 2006).

Kurumlarda performans standartlarını ölçmek için kullanılan gösterge seçimi iyi yapılmalıdır. Bazı yöneticiler ölçümü ve değerlendirmesi kolay olduğu için basit standartları seçmektedir. Ancak burada önemli olan konu, performans yönetiminin asıl amacının kurumun performansını geliştirmektir. Bu yüzden ihtiyaca cevap veren standartların seçilmesinin ne derece önemli olduğu görülmektedir. Kurumun stratejilerine uyumlu standartlar seçilmelidir (Coşkun, 2007, s4).

Performansın ölçümünde süreçler sonucunda elde edilen “çıktı” ya da “sonuç”lar değerlendirilmektedir. Kamusal ve özel bağlamlarda, bazı sonuçlar doğrudan ölçülemez veya bazı sonuçlar hiçbir şekilde ölçülebilir değildir. Bu gibi durumlarda, çıktı ölçümü kullanılmak zorundadır. Ayrıca, ölçümün güvenilirliği, geçerliliği ve doğruluğu ile ilgili faktörler sonuç ölçümü yerine çıktı ölçümünün yapılmasına yönlendirebilir. Çıktı ölçümü için kullanılan bilgiler sonuçlardan daha iyi olma eğilimindedir, çünkü çıktı göstergeleri çoğu zaman daha uygundur ve çıktı ölçüm yöntemi genellikle sonuçlardan daha sağlam ve güvenilirdir. Sonuçlar ise genellikle kalite ve memnuniyet değerleri ile ilgilidir ve elde edilen çıktılardan üretilen gerçek sonuçlardır (Hale, 2003, s15). Çıktıların sonuçlardan daha nicel olması nedeniyle, girdileri ölçmek genellikle daha kolaydır. Ayrıca çıktıları ölçmek daha ucuzdur, diğer yandan sonuçları ölçmek önemli derecede kalitatif ve kantitatif çaba gerektirir. Genel olarak sonuçların ölçümü, çıktıların ölçümüne kıyasla çok daha zordur. Bu yüzden, uygulamada sonuçlar, çıktılar kadar sıklıkla kullanılmamaktadır (Borgonovi ve ark., 2018, s9).

Son yıllara kadar performans ölçümü esas olarak sadece finansal boyutunda ekonomik hedeflerinin gerçekleşmesini sağlayan basit sonuç bazlı finansal göstergeler ile ölçülmüştür. Ancak güncel çalışmalar, kurumun stratejilerini de dikkate alarak performans ölçümüne çok boyutlu bir yaklaşım önermektedir (Borgonovi ve ark., 2018, s26-27).

Performansın kontrolü ve iyileştirilmesi için ölçüm önemlidir. Ancak, bir ölçüm sisteminin kurulması ve başlatılması söylendiğinden çok daha zordur. En kritik nokta,

Anahtar Performans Göstergeleri (Key Performance Indicators-KPI) adı verilen göstergeleri sadece tanımlamak değil, süreci doğru bir şekilde temsil eden performans göstergelerini belirlemektir. Gösterge; ölçülmek istenen ancak doğrudan, tam olarak veya kolayca ölçülemeyen şeylere ait işaretler veya belirtiler olarak ifade edilmektedir (Adair ve ark., 2006). Genel olarak, her gösterge belirli bir hedefi ifade eder ve karşılaştırma temeli olarak kullanılan bir referans noktası anlamına gelir. Bu referans mutlak veya göreli olabilir (kuruluşun iç veya dış çevresi ile ilgisi olup olmamasına göre değişir) (Franceschini ve ark., 2007, s7-9).

Performans göstergelerinin şu özellikleri taşıması beklenir (Franceschini ve ark., 2007, s9);

- Temsil edilebilirliğinin olması,
- Yorumlanması basit ve kolay olması,
- Zaman eğilimlerini göstermeye yeterli olması,
- Kurum içindeki veya dışındaki değişikliklere duyarlı olması,
- Verinin kolay toplanabilmesi ve işlenebilmesi,
- Güncellenmesi kolay ve hızlı olması.

Kurumlar performans ölçümünde kendi stratejileri doğrultusunda öncelikle hangi hedeflere ulaşmayı amaçladıklarını belirlemeli ve daha sonra bu hedeflere ulaşmak için hangi göstergeleri kullanarak, hangi ölçüm yöntemleri uygulayacağını iyi planlamalıdırlar.

2.1.6. Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçümünün Zorluğu

Sağlık hizmetlerinde performans ölçümünün uygulanmasını olumsuz yönde etkileyecek bazı sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlar, sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısından kaynaklanabildiği gibi, performans ölçümünün kurumsal veya sistem bazlı yapılıyor olması durumuna göre değişiklikler gösterebilmektedir.

Sağlık hizmetlerindeki performans ölçümü diğer sektörlere göre farklı değerlendirilmektedir. Donabedian sağlık kurumlarının performansını değerlendirmek üzere yapı, süreç ve çıktı ölçümünden oluşan üç gösterge olduğunu söylemektedir. Yapısal gösterge kurumun ya da katılımcıların (çalışanlar veya hastalar) karakteristik özellikleri ile ilişkilidir. Bunlara örnek olarak; günübirlik cerrahi servisleri, grup

uygulamaları, büyüklük ve kurumun kar amaçlı olup olmaması, formalizasyon derecesi ve personel oranları sayılabilir. Süreç göstergeleri kurumun performansını yükseltmek üzere uygulanan klinik veya klinik olmayan kanıtlara dayanmaktadır. Planlama, katılım, iletişim, koordinasyon ve insan kaynakları gibi yönetim uygulamaları genellikle bu göstergeler arasında sayılmaktadır. Çıktı ölçümü ise kalite, hasta memnuniyeti, çalışan tutum ve davranışları, adapte olabilirlik ve finansal çıktıları içeren klinik ölçümlere dayanmaktadır (Fottler, 1987).

Sağlık sisteminin kendi içyapısından kaynaklanan sorunlar açısından irdelendiğinde sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran bazı belirli özellikler dikkat çekmektedir. Bu özellikler; süreç sonunda elde edilen çıktının belirlenmesi ve ölçülmesinin zorluğu, yapılan işlerin komplex yapıda olması ve aciliyet gerektirmesi, çeşitli birimlerin birbirleri ile koordinasyon halinde çalışmasını gerektirmesi, hizmette hatanın kabul edilmemesi, birincil sorumluluğun kurumdan ziyade sağlık profesyonellerinde olması, hekimler üzerinde kontrolün sınırlı olması, yönetimin rol çatışması, koordinasyon problemleri veya hesap verebilirliği etkileyecek şekilde birden fazla kişiye dağıtılmış olması, politik, yasal ve finansal düzenlemelerin sistem içi veya sistemler arası gelişimi sürdürebilmesinin önünde karmaşık bir çerçeve oluşturması ve hizmetin kişi odaklı yapılıyor olması şeklinde sıralanabilir (Fottler, 1987). Sağlık hizmetlerinin bu karmaşık yapısı ve onu diğer tüm sektörlerden ayıran özellikleri performans yönetiminde tek bir doğru yöntem belirlenememesi veya uygulama yapılamaması yönünde engeller oluşturmaktadır.

Ayrıca hizmet yoğunluklu yürütülen sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek, ürün odaklı çalışan diğer kurumlara nazaran daha zordur. Endüstride, bir kuruluşun ürün odaklı olması veya izole ürünlerle özerk bir üretim süreci söz konusu olduğunda veya bir kuruluşun somut ve basit ürünleri olduğunda performans ölçümünün mümkün olduğu düşünülmektedir. Bu düzenlemede nedensellik bilinir, kalite göstergelerde tanımlanabilir, ürünler tekdüze ve çevre istikrarlıdır. Bu koşullar ile kıyaslandığında, sağlık sistemleri hasta merkezli yükümlülüklere sahip olan ve çok sayıda ürün odaklı, güçlü süreç yönelimli ve birçok ortak yapımcı tarafından karar verilen bir üretim sürecine sahip kuruluşlarla uğraşmaktadır. Ayrıca, sağlık sistemi ürünleri iç içe geçmiştir ve nedensellik bilinmemektedir. Çeşitli ürünlerde ve yüksek

dinamik ortamlarda ortaya çıkan performans göstergelerinde ve zorluklarda kaliteyi tanımlamak kolay değildir (Klazinga, 2011).

Performans ölçümü, sağlık bakım kalitesini iyileştirmek için önemli bir araç haline gelmiş ve alanda uygulama kılavuzlarına olan uyumu arttırmıştır. Ancak performans ölçümünün başarılarına rağmen, kurumsal açıdan uygulanaması önünde personelin isteksizliği veya performans yönetimine inanmamaları gibi engeller yer alabilmektedir. Özellikle pek çok hekimin performans ölçümü kullanımı hakkında tereddütleri bulunmaktadır. Bu tereddütlerin nedenleri (Aktaran; Halachmi, 2011);

- Performans ölçümü, sadece klinik yararı olan küçük bir alanı ele almakta, diğer yandan bakımın diğer daha önemli fakat ölçülemeyen yanlarına olan dikkati dağıtmaktadır.
- Çoğu performans ölçüm sistemi, küçük bir klinik yararı en iyi şekilde sağlayacak olan kılavuzlarla karşılaştırıldığında büyük bir klinik yarar sağlayabilecek kılavuzları takip etmek için hiçbir önceliğe sahip değildir.
- Performans ölçütleri hekimlerin dikkatini, daha geniş anlamda hastanın ihtiyaçlarına göre değil, bu önlemlere uyuma odaklamaktadır. Performans ölçütleri, gösterge seviyesinde değerlendirildiğinden, eşit derecede önemli olan ancak kolayca ölçülemeyen hasta seviyesinde kaliteyi dışarıda tutabilirler.

Sağlık sistemlerinin performansı değerlendirilirken diğer ülkeler ile kıyaslamalar yapılmaktadır. Böylece ülkelerin sağlık sistemlerinin sonuçları arasında sıralama yapılabilmekte veya sağlık sistemlerinin nasıl iyileştirilebileceği gibi sorulara cevaplar bulunmaya çalışılmaktadır. Her ne kadar ülkeler arası karşılaştırmalar sağlık sistemlerinin iyileştirilmesine katkı sağlasalar da karşılaştırma yapılacak ülkelerin birbirlerine benzer yapıda olup-olmamaları veya sağlık sistemlerinin finansmanı, hizmet veren kurumların kamu ya da özel olması gibi pek çok faktör bu karşılaştırmalı performans değerlendirmelerini yanlış yönlendirebilir.

Nitekim Jessop (2013), Murray ve arkadaşları tarafından kaleme alınmış "The Lancet" raporunu eleştirdiği makalesinde; ülkeler karşılaştırmasının uygun olmadığını, Birleşik Krallık ile ABD'nin sağlık sistemlerinin birbirine hiçbir şekilde benzememesine rağmen karşılaştırıldığını ve birincil verilerin toplanmasında farklı

yöntemler kullanılmasına rağmen bu veriler ile kıyaslama yapıldığını yazmış ve karşılaştırma yaparken ülkelerin birbirine benzer yapıda olması gerektiğini vurgulamıştır (Schroeder, 2007).

Tüm zorluklarına rağmen sağlık sistemlerinin veya sağlık hizmeti sunan kurumların performanslarının değerlendirilmesi yönünde çabalar halen güncelliğini koruyarak devam etmektedir.

2.1.7. Kurumsal Performans Yönetiminde Sıklıkla Kullanılan Methodlar

Performans yönetimi ilk olarak uygulanmaya başladığı dönemlerde sadece belirli bir süreci ölçmek üzerine çalışmalar yapılmaktaydı, daha sonra yönetimde yaşanan gelişmeler ile süreç ölçümü, yerini sistem ölçümüne bırakmıştır. Bununla birlikte finansal ölçüm yöntemleri de zaman içerisinde finansal olmayan ölçüm yöntemlerine doğru geçiş göstermiştir (Yüreğir ve Nakiboğlu, 2007). 1960-70'li yıllarda ağırlıklı olarak finansal göstergelere dayalı olarak yapılan değerlendirmeler, performansın verimlilik ve karlılık boyutu ile ilgilenmekteydi. 1980'lerde performans yönetiminde sadece finansal göstergelerin ölçülmesinin dar bir bakış açısı sağladığı görülmüş ve böylece çok boyutlu performans yönetim araçları kullanılmaya başlanmıştır (Coşkun, 2007, s6).

Yakın zamanlarda ise kurumların sadece maliyet ve fiyat konusunda rekabet etmediği düşüncesi hâkim olmuştur. Aynı zamanda hissedarlar, müşteriler ve çalışanlar gibi paydaşların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik çeşitli finansal olmayan bilgi türlerinin kurumsal performans ölçümü ve yönetimi için çeşitli çok boyutlu modellerin geliştirilmesinde daha etkili olduğu yaygın olarak kabul edilmeye başlanmıştır (Brignall ve Modell, 2000). Performans yönetimine dair beklenti ve hedeflerin zaman içinde değişikliğe uğraması sonucunda farklı nicel ve nitel ölçüm modelleri geliştirilmiştir (Çınaroğlu, 2017).

Bu bölümde öncelikli olarak, geleneksel ölçüm yöntemleri olarak da bilinen finansal performans ölçüm yöntemlerinden kısaca bahsedilecek ve daha sonra performans yönetiminde sıklıkla kullanılan iki model olan veri zarflama analizi ve kurumsal karne yöntemlerine değinilecektir.

2.1.7.1. Finansal Performans Ölçüm Yöntemleri

Finansal performans ölçümü, başlangıç yıllarından itibaren uzun bir dönem boyunca kurum içi "karı en çoklamak" yaklaşımını benimsemiştir. Bu kapsamda finansal performans ölçümü ile ilgili çabalar yüzyıllardan beri konuşulsa da, günümüzde bahsedilen modern finansal yönetim yaklaşımı, 1960'lı yılların başında Modigliani ve Miller tarafından "İndirgenmiş Nakit Akışları (İNA)" tekniğini tanımladıkları çalışma ile önem kazanmaktadır (Ertuğrul, 2009).

Finansal performans yönetimi, kurumun bilanço ve gelir tablosu gibi mali tablolarından elde edilen veriler ile yapılan analizlere dayanmaktadır (Vargün ve Uyguntürk, 2016). Verimlilik ve karlılık bu yönetim yaklaşımının odak noktasında yer almaktadır (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009). Burada kullanılan muhasebe verileri sayesinde göreceli değil, kesinleşmiş performans ölçümünden söz edilmektedir (Atağan, 2010). Finansal performans ölçüm yöntemleri geleneksel performans yöntemleri (muhasebeye dayalı) ve değer bazlı performans ölçüm yöntemleri olmak üzere genel anlamda iki ana başlık altında incelenmektedir (Vargün ve Uyguntürk, 2016).

Geleneksel ölçüm yöntemleri şirket performansını ölçmektedirler. Aktif Karlılığı Ölçütü, Özsermaye Karlılığı Ölçütü, Hisse Basına Düşen Kazanç Ölçütü, Fiyat/Kazanç Oranı Ölçütü, Verim Oranı, Net Bugünkü Değer Yöntemi uygulamada kullanılan geleneksel ölçüm yöntemlerinden bazılarıdır (Saldanlı, 2006).

Değer bazlı performans ölçüm yöntemleri, firma karlılığını ölçmek yerine hissedar odaklı olma (hissedar değerini artırma amaçlı) özellikleri sayesinde geleneksel yöntemlerden ayrılmaktadırlar. Nakit Katma Değeri, Nakit Akımı Verim Oranı, Düzeltilmiş ve Arındırılmış Ekonomik Katma Değer, Hissedar Katma Değeri sıklıkla kullanılan değere dayalı performans ölçüm yöntemleridir (Saldanlı, 2006; Atağan, 2010). Bu tür finansal performans ölçme yöntemlerinin kullanımı son yıllarda gelişmiş ülkelerde artmaktadır.

Finansal performans ölçümleri kısa vadeli hedefleri ölçmesi, finansal olmayan ancak kurumsal yönetim için elzem sayılacak diğer boyutları (müşteri memnuniyeti, kalite, vb.) göz ardı etmesi, kurumun sadece geçmiş performansını göstermesi ve bir sorun olduğunu belirtmesine rağmen sorunun kaynağı hakkında bilgi verememesi (Coşkun, 2007, s6), süreçleri bütüncül olarak ele almaması ve sürekli gelişmeyi teşvik etmemesi nedenleri yüzünden yetersiz bulunmaktadır (Yüreğir ve Nakiboğlu, 2007).

Diğer yandan (Coşkun, 2007, s6; Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009);

- Çoğu zaman kesin ve tarafsız olmaları,
- Performans ölçümünde göreceli değil, kesinleşmiş sonuçlara dayanması ve böylece objektif bir analiz yapmaya olanak sağlaması,
- Bütün olarak kurumun performansını analiz edebilmenin yanı sıra alt ve orta düzey yönetici performansının da değerlendirilebilmesi nedenlerinden dolayı kullanımları tercih edilmektedir.

Hastanelerde finansal performans ölçümünde sıklıkla oran analizi, ekonomik katma değer yöntemi ve veri zarflama analizi kullanılmaktadır. Oran analizi aynı zamanda rasyo analizi olarak da bilinmektedir. Bu analiz yönteminde mali tablolardaki verilerin birbiri arasındaki ilişki incelenmektedir. Böylece kurumun likidite gücü, karlılık ve varlıklarını etkin kullanma durumu tespit edilebilmektedir. Oran analizi ile kurumun mali verileri sektörde yer alan diğer kurumlar veya sektör ortalaması ile kıyaslanarak, performans değerlendirmesi yapılabilmektedir (Ercan ve ark., 2013). Ekonomik katma değer yöntemi ise 1980 yıllarının başında Stern ve Stewart tarafından geliştirilmiş olup, genel olarak maliyet/kar analizi ile kurumların finansal performansını değerlendiren bir analiz yöntemidir. Kurumun yatırımlarından elde ettiği kazançtan sermaye maliyetini çıkardıktan sonra elinde kalan karı üzerinden hesaplama yapmaktadır. Aradaki farkın pozitif olması durumunda kurumun yatırımlarından bir katma değer elde ettiği söylenebilmektedir. Aksi durumda ise kurum performansı başarısız olmuş demektir (Akyüz, 2013).

Görüldüğü üzere, kurumların finansal performanslarını değerlendirmek üzere kullanılan pek çok farklı analiz yöntemleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri açısından ele alındığında, özel ve kamu hastanelerinin finansal performans ölçme yöntemlerinde farklılık görülebilmektedir. Özel hastanelerin, kar amacı gütmeleri nedeniyle düzenli ölçümler yapmaları olağandır. Diğer yandan kamu hastaneleri genel bir mantık olarak kar amacı gütmeyen kurumlar olmalarına rağmen, hesap verebilirlik ilkesi gereği ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılıp kullanılmadığının değerlendirilmesi için finansal analizler yapma zorunluluğu vardır. Ayrıca kar amacı gütmese bile her kurumda bir nakit akışı bulunmaktadır. Bu nedenle kurumlar maddi kaynaklarının iyi yönetilip yönetilmediğini değerlendirmelidirler.

2.1.7.2. Veri Zarflama Analizi –VZA (Data Envelopment Analysis- DEA)

Veri Zarflama Analizi (VZA) ilk kez 1978 yılında Rhodes'un doktora tezi için yaptığı çalışmalar sırasında ortaya çıkmıştır. Rhodes, Farrell'in tek girdi-tek çıktı yaklaşımlı teknik verimlilik ölçme metodunu çok girdi-çok çıktı yaklaşımı ile geliştirdiği için kısa zamanda büyük ilgi toplamıştır (Charnes ve ark., 1994, s7).

Veri Zarflama Analizi (VZA) karar birimi adı ile tabir edilen bir seri emsal kurumun performansını değerlendirmek için kullanılan ve bu emsal kurumlar arasında göreli teknik verimlilik analizi yapan doğrusal programlama tabanlı nonparametrik bir analiz yöntemidir (Cooper ve ark, 2011, s1-2; Yıldırım ve Önder, 2015, s205).Bu analiz, birden fazla girdiyi birden fazla çıktıya dönüştürebilen karşılaştırmalı bir yöntemdir. Bu özelliği yöntemin en önemli kullanım nedenlerinden birisidir. Hem kurumsal düzeyde, hem de birimler veya departmanlar düzeyinde verimlilik analizi yapabilmeye imkan sağlamaktadır (Özcan, 2008, s15). Ayrıca girdi ve çıktılar arasındaki fonksiyonun önceden belirli analitik bir yapı gerektirmemesi, basit bir şekilde modellenebilmesi ve yorumlanabilmesi nedenleriyle kolay bir kullanıma imkan sağlamaktadır (Bali ve Çelen, 2009). Bu özellikleri nedeniyle ortaya çıkarılmasının ardından pek çok sektör tarafından tercih edilir olmuştur. Hastaneler, üniversiteler, şehirler, şirketler gibi pek çok organizasyonun performansını değerlendirmek için kullanılmaktadır (Cooper ve ark, 2011, s1-2).

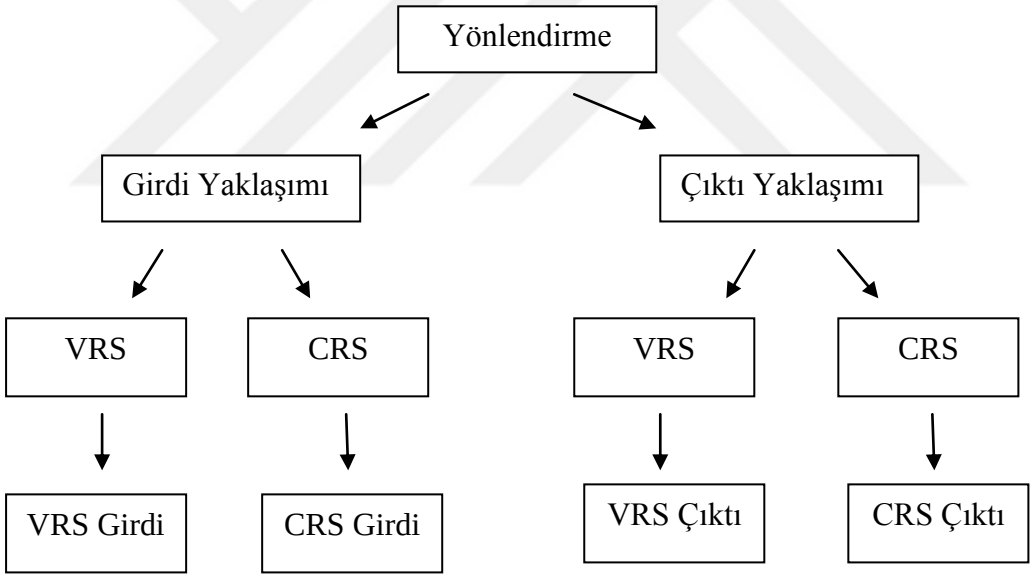
VZA, lineer programlama tekniklerini kullanarak karar verme birimleri arasından göreceli olarak en iyi uygulamayı belirleyerek, etkin üretim için bir sınır oluşturmaktadır. Bütün karar birimlerinin verimlilikleri bu en iyi birim baz alınarak değerlendirilir. Sınırın üzerinde tespit edilen karar birimleri "1" değerini elde eder ve verimli olarak belirlenir. Sınırın altında kalan diğer birimler ise verimli olmayan birimler olarak belirlenir ve verimsizlikleri sınıra uzaklıklarına göre ölçülür. Böylece kıyaslama yapılarak performans açısından verimli olan ve olmayan birimler tespit edilmiş olur. Bu analizin en önemli avantajlarından bir tanesi de verimli olmayan birimlerin verimliliğe ulaşabilmek için nasıl bir gelişme göstermesi gerektiğini belirtmektedir (Eroğlu ve Atasoy, 2006).

VZA analizinde problemin yapısına göre farklı modeller kullanılabilmektedir. Bu modellerinin çeşitleri, modelin ölçeğine ve yönelimine göre tanımlanabilir. Öncelikle yapılacak analizde girdi yönelim ya da çıktı yönelimden hangisinin

kullanılacağı modeli oluşturma aşamasında önemlidir. Girdi yönelimli VZA'da en çok çıktıya ulaşmak için en az girdi kullanımını esas alınırken, çıktı yönelimli VZA ise en az girdi ile en fazla çıktıyı elde etmek amaç olarak belirlenmektedir (Tepe, 2006, s73).

Model kurgulanmasında bir diğer önemli husus ise ölçeğe göre sabit getiri veya ölçeğe göre değişken getiri modellerinin hangisinin kullanılacağı seçimidir. Başlangıçta ilk olarak ortaya çıkan model CCR modeli olarak da bilinen "ölçeğe göre sabit getiri" (constant returns-to-scale (CRS)) modelidir. Daha sonrasında CCR modeline konvekslik kısıtı eklenerek "ölçeğe göre değişken getiri" (variable returns –to- scale (VRS)) BCC modeli geliştirilmiştir (Özcan, 2008, s15; Sarı, 2015, s27).

Veri zarflama analizinde girdi/çıktı yaklaşımı ve modellere yönelik seçim süreci Şekil 2-11'de şematize edilmiştir.



Şekil 2-11: VZA ile Performans Ölçümü (VRS-CRS Modelleri)

Kaynak: Özcan, Y. A., (2008). *Health Care Bechmarking and Performance Evaluation. An Assessment Using Data Envelopment Analysis (DEA)* (2nd ed.). the USA: Springer.

VZA analizinin uygulama aşamaları şu şekilde sıralanmaktadır (Yıldırım ve Önder, 2015, s205; Sarı, 2015, s17-22);

- Öncelikle analiz için hangi kurumlar, birimler veya organizasyonların seçileceğine karar verilir. Karar verme birimlerinin homojen olmasına özen gösterilmelidir. Örneğin hastaneler arasında bir verimlilik kıyaslaması yapılacak olması durumunda, bu hastanelerin eğitim hastanesi, hizmet hastanesi veya dal hastanesi olmaları kıyaslamada farklılık yaratacağından aynı özelliklere sahip hastaneler seçilmelidir.
- Üzerinde dikkatle durulması gereken bir diğer hususta hangi girdi ve çıktıların analize dahil edileceği ve bunların sayılarının belirlenmesidir. Analizde kullanılması gerektiği halde dahil edilmeyen girdi-çıktılar yanıltıcı sonuçlar verebileceğinden, hangilerinin kullanılacağı özenle seçilmelidir. Ayrıca karar birimlerinin sayısı ile kullanılan girdi-çıktı sayılarının toplamı arasında bir uyum olmalıdır. Analizde kullanılan karar verme birim sayısı toplam girdi-çıktı sayısının en az üç katı kadar olması istenmektedir (Commonwealth of Australia, 1997, s21-23).
- Her analizde olduğu gibi VZA'da da verilerin güvenilir olması gerekmektedir. Veri setinde eksikleri olan karar verme birimleri analizden çıkarılabileceği gibi, eksik olan veriler yerine bu verilerin yerini tutabilecek farklı veriler de kullanılabilir.
- Karar verme birimleri arasında göreli olarak verimlilik sonuçları ölçülür.
- Karar verme birimlerinin 0-1 arasında değer ile ifade edilen verimlilik düzeylerine göre verimli veya verimsiz olmaları değerlendirilir.
- Analiz sonucunda verimli olarak tespit edilen karar verme birimleri referans kümesi olarak belirlenir.
- Etkin olmayan karar verme birimleri için iyileştirme uygulamalarının neler olacağı değerlendirilir.
- En son aşamada ise sonuçlar genel olarak değerlendirilerek verimli olan ve olmayan karar verme birimleri için özetlemeler yapılır.

Literatürde VZA ile yapılan pek çok verimlilik değerlendirme çalışması bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yapılan ilk çalışma, 1983 yılında Nunamaker ve Levin tarafından günlük hemşirelik hizmetlerinin verimliliğini ölçmek için yapılan çalışmadır. Bir hastanenin tamamını ele alarak verimliliğini ölçen ilk çalışma ise Sherman tarafından 1984 yılında yapılmıştır (Yaşar, 2008, s15). Sherman doktora tezi için yaptığı bu çalışmasında 15 hastanenin verilerini önce VZA ile çalışmış ve bu sonuçları diğer istatistiksel analiz yöntemler ile elde ettiği sonuçlar ile karşılaştırmıştır. Neticede VZA'nın daha etkili performans ölçme yöntemi olduğunu tespit etmiştir (Çavmak, 2017).

Analizin sağlık alanında uygulanmasına yönelik yapılan çalışmalarda artış görülmektedir. Ancak uygulamada hala soru işaretleri vardır. Ölçüm hataları ya da belirsiz, karar verilemeyen ve göz önüne alınmayan girdi ve çıktılar uygulamada yanlış sonuçlara neden olmaktadır. Doktor, hemşire, öğrenci, araştırmacı gibi girdilerin hesaba alınmaması, "teşhis ilişkili gruplar (TİG)" ve "ayaktan maliyet grupları" gibi vaka karması ile yapılan hesaplamaların hastalık veya teşhislerin gerçek düzeyini açıklayamaması nedenleri ile analizde sapmalar olabileceği düşünülmektedir (Cooper ve ark., 2004, s453).

2.1.7.3. Kurumsal Karne (Balanced Score Card-BSC)

Sadece finansal göstergeleri kullanan geleneksel yöntemlerin modern, çok boyutlu, geleceğe odaklı ölçümler olmaması nedeniyle kurumların performansını yeterli şekilde değerlendiremediğinin anlaşılması sonucunda, daha gelişmiş ve çok yönlü performans değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç doğmuştur (Pramudita, 2016, s8). Kaplan ve Norton tarafından 1992 yılında geliştirilen Balanced Score Card bu yöntemlerden birisidir. Johnson ve Kaplan (1987) çalışmalarında, geleneksel muhasebe ölçüm sistemlerinin, müşteriler ve onların ihtiyaçlarını göz ardı ederek mali önlemlere odaklandığını fark etmişlerdir. Finansal önlemlerin tek başına bir şirketin performansını değerlendirmek için yeterli olmadığını ve bu nedenle raporlama, yeterlilik ve bilgi, müşteri memnuniyeti, operasyonel verimlilik ve yenilik gibi yeni rekabet faktörleri ile ilgili önlemleri de içermesi gerektiğini düşünmekteydiler. Böylece, bu iş boyutlarını BSC modeli tarafından analiz edilen dört temel perspektife (finans, müşteriler, iç iş süreçleri ve öğrenme ve büyüme perspektifleri) dahil etmeye karar verdiler. Bu boyutlar kavramsal olarak nedensel ilişkiler ile birbirine bağlanmıştır. Aslında, model örgütsel

öğrenmenin ve büyümenin iç iş süreçlerinde iyileştirmelerin itici gücü olduğunu ve bu süreçlerin müşteri memnuniyetini artırdığını, müşteri boyutunun da finansal sonuçları etkilediğini varsaymaktadır (Epstein ve Manzoni, 2010, s85). Yöntem ilk başta kar amacı güden kurumlar için tasarlanmış olmasına rağmen daha sonrasında kamu kurumları ve kar amacı gütmeyen kurumlar tarafından da kullanılmaya başlanmıştır (Niven, 2011, s25).

Kaplan ve Norton, finansal ölçütlerin kurumların sadece geçmişlerine yönelik bilgilerini içerdiklerini bu nedenle kısıtlı değerlendirmeye imkan tanıdıklarını düşündükleri için, finansal ölçüleri finansal olmayan ölçüler ile birleştirerek daha gelişmiş bir yöntem meydana getirmişlerdir. Böylece kurumun maddi ve maddi olmayan değerlerini kapsayan dengeli bir ölçüm sistemi uygulanabilecektir (Kaplan ve Norton, 1996, s10-11). Kavram, dış çevreyi araştırırken, içsel sonuçların değerlendirilmesini sağlayan sistematik bir yaklaşım benimsemektedir. Bu analizde sonuçların kendileri gibi "başarılı" sonuçlara ulaşma sürecine odaklanılmaktadır (Franceschini ve ark. 2007, s124).

BSC, kurumun stratejilerine yönelik hedefler belirlenmekte ve stratejiler ve hedefler arasında ilişkilendirme yapılmaktadır. Daha sonrasında hedefleri temsil eden göstergeler (değişkenler) izlenerek, kurumun stratejilerinde hedeflenen sonuçlara ulaşıp ulaşmadığı belirlenmektedir (Koçel, 2015, s514).

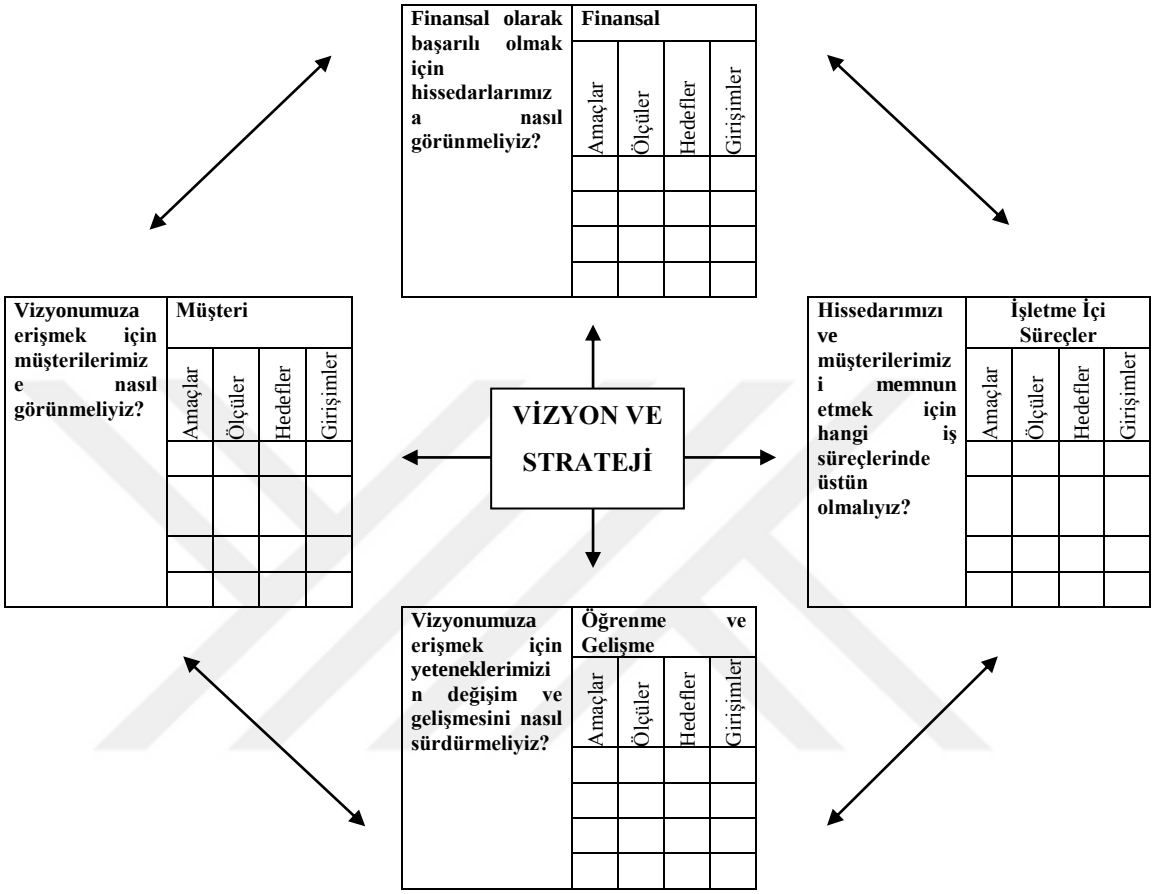
Bu yöntemde bir kurumun performansı dört ana boyut altında incelenmektedir (Tarım, 2004, s235; Niven, 2011, s12). Her bir boyut için cevaplandırılması gereken temel sorular bulunmaktadır. Bu boyutlar ve kısa açıklamaları özetle şu şekilde belirtilebilmektedir (Kaplan ve Norton, 1996, s25-29);

- Finansal yaklaşım; kuruma ait genellikle karlılık ile ilişkili finansal verileri inceler. Bu boyutta "finansal paydaşlarımız bizden ne bekliyor veya talep ediyorlar?" sorusuna cevap aranmaktadır.
- Müşteri ilişkileri yaklaşımı; kurumun gelecekteki finansal sonuçlarını etkileyebilecek olan müşterilerin memnuniyeti, müşteriyi elde tutma, yeni müşteri kazanma, müşteri karlılığı ve pazar payı gibi göstergelerini ölçer. Böylece müşteri ve pazar temelli stratejiler oluşturulmasına imkan tanır. Bu boyutta "hedef müşterilerimiz kimler, beklentileri nelerdir,

onlara hizmet verebilmek için kullandığımız değerlerimiz nelerdir?" sorularına cevap aranmaktadır.

- Kurum içi süreçler (operasyonel) yaklaşımı; kurumun başarısı için gerekli kritik süreçlerin tanımlanması ve böylece pozitif müşteri ilişkilerinin oluşturulmasını sağlar. Bu boyutta "müşteri değeri oluşturabilmek için hangi iş süreçlerinde üstün olmamız gerekiyor?" sorusuna cevap aranmaktadır.
- Öğrenme ve gelişme yaklaşımı; hızlı rekabet sonucunda kurumlar kendilerini geliştirme ve sürekli olarak yenileme ihtiyacı hissetmektedirler. Özellikle uzun dönemli stratejik hedeflere ulaşmak için personelin yeteneklerinin yükseltilmesi ve bilgi teknolojilerinde gelişme sağlanması gerekmektedir. Bu boyutta kurumun gelişimini destekleyecek kurumsal prosedür ve uygulamalarını düzenlemesi ifade edilmektedir. Bu boyutta ise "stratejimizi desteklemek için maddi olmayan varlıklarımızı nasıl yönetebiliriz?" sorusuna cevap aranmaktadır.

Boyutların birbileri ile ilişkileri ve kurumun vizyon ve stratejisine nasıl etki ettiklerine dair şekil aşağıda gösterilmektedir (Şekil 2-12).



Şekil 2-12: Balanced Scorecard Yöntemine Ait Boyutlar

Kaynak: Kaplan, R. S. ve Norton, D. P (1996). Çeviren; Egeli, S. *Balanced Scorecard Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek*. İstanbul: Sistem Yayıncılık. s9.

Bu dört boyut çoğu kurumda değiştirilmeden uygulanmakta iken, bazı kurumlar kendi yapılarına ve hizmet türlerine uygun farklı boyutlar ekleyerek kullanmaktadır. Kurumun vizyonu ve stratejileri ile direk bağlantılı olan bu boyutların her biri kendi stratejik amaçlarına ve ana amaçlara ulaşıp ulaşılamadığını değerlendiren performans ölçütlerine sahiptir.

BSC bir ölçüm sisteminden daha fazlasıdır ve bu yöntem ile şu faydalar elde edilebilir (Protti, 2002):

- Stratejiyi açıklığa kavuşturmak ve fikir birliği sağlamak,
- Örgüt içerisinde strateji iletişimi geliştirmek,
- Departman hedeflerini ve kişisel hedefleri kurum stratejisi ile birleştirmek,
- Stratejik hedeflerle, uzun vadeli hedefleri ve yıllık bütçeleri bütünleştirmek,
- Stratejiyi öğrenmek ve geliştirmek için periyodik incelemeler gerçekleştirmek ve geri bildirim almak.

Ülkemizde kamu hastanelerinin verimliliğini ölçmek üzere BSC metodundan uyarlanan verimlilik karnesi kullanılmaktadır. Bu karne ile hastanelerin tıbbi, mali, idari, kalite, hasta/çalışan güvenliği ve memnuniyeti ve eğitim boyutlarında değerlendirmeler yapılmaktadır (Atılgan, 2016). Değerlendirmeler sonucunda elde edilen veriler ile hastaneler için başarı sıralaması yapılmaktadır. Bu başarı sıralamasına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) gruplarından hangisinde yer alacağı tespit edilir. (A) grubu en yüksek başarıyı gösteren hastaneleri, (E) grubu ise en başarısız hastaneleri ifade etmektedir (Uçkun ve Şahin, 2015).

2.1.8. Kamuda Performans Yönetiminin Tarihçesi

Dünyada performans yönetiminin tarihçesi oldukça eski bir geçmişe dayanmaktadır. 1940'lı yıllarda firmaların verimliliklerinin ölçülmesi için faaliyetleri denetlenmeye başlanmış ve böylece ilk kez performans denetimi ortaya çıkmıştır. 1960'ların başında ise maliyet-fayda analizleri ile ilgili tekniklerin kullanımının önem kazanması ile birlikte ekonomik analiz teknikleri, geleneksel maliyet analizlerinin yerini almıştır. Ancak bu çabalar da performans ölçümü için gereken etkiyi gösterememiş, yeni denetim teknikleri ihtiyacı doğmuştur. Daha sonraki yıllarda toplum beklentilerinin değişmesi, denetim yapan kurumların da işleyişlerinde değişiklik yapmalarına neden olmuştur. 1970'li yıllardan itibaren kamu kurumları tarafından kullanılan kaynakların verimliliğini, ekonomikliğini ve etkinliğini ölçmeye yönelik denetimler önem kazanmaya başlamıştır (Kubalı, 1999).

İlk başlarda geleneksel ölçüm yöntemleri ile değerlendirilen performans yönetimi gelişen ve değişen dünya şartlarına ayak uydurarak farklı şekillerde uygulanmaya başlamıştır. 1980 yıllarında tüm dünyayı etkisi altına alan yeni kamu yönetimi beraberinde yeni reform uygulamalarını da getirmiştir. Küreselleşmenin etkisiyle devletin rolü değişmiş, ülkeler siyasal ve yönetsel açıdan bir değişim akımı içerisine girmişlerdir. Özelleştirilmeye yönelinmiş, devletin bazı sektörlerden çekilerek küçülmesi sağlanmıştır. Merkezi yönetimler yetkisini yerel yönetimlere devretmiştir (Mamur Işıkçı, 2016). Yönetimde rolü daha yalın ve performans odaklı olarak tanımlanan devlet modelleri ortaya çıkmıştır. Kısa sürede performans yönetimi pek çok ülkenin gündeminde yoğun olarak yer almış ve değişik alanlarda uygulamaya geçirilmiştir.

Dünya genelinde kamu personelinin performanslarına göre ücretlendirilmesinin öncü ülkesi Amerika Birleşik Devletleri olarak bilinmektedir. 1978 yılında yayınlanan Kamu Hizmetleri Reform Kanunu'nun (Civil Service Reform Act), performans değerlendirme sistemi, performansa dayalı ücret, üst düzey yönetici sistemi ve uygulayıcı ve düzenleyici kurumların birbirinden ayrılması şeklinden dört bileşeni bulunmaktadır (Coşkun ve ark, 2016). Yine aynı ülkede 1993 yılında "Ulusal Performans İncelemesi" isimli rapor yayınlamıştır. Ardından 1997 yılında İngiltere'de yayınlanan "En İyi Değer" programı performans yönetiminde yapılan öncü çalışmalardandır.

Performans ile ilgili yaklaşımlar zaman içerisinde değişikliklere uğramaktadırlar. Kamu ve özel sektör kuruluşlarının performansları 1970'lerin sonlarına kadar ekonomiklik ve verimlilik boyutları ile değerlendirilmesine karşın, 1980'lerin başından sonra etkinlik ve kalite boyutları daha fazla önem kazanmıştır (Ateş ve ark., 2007, s42). Diğer yandan tek boyutlu performans ölçme tekniklerinin yetersiz kalması çok boyutlu yöntemlere doğru geçişi beraberinde getirmiştir.

2.1.9. Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetiminin Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde performans ölçümü ile ilgili çalışmalar uzun bir zaman öncesinde ortaya çıkmaktadır. Pensilvanya Üniversitesi Hastanesi 18. Yüzyılın ortalarında hastalara ait çıktıları kaydetmeye başlamıştır. Florance Nightingale 19. Yüzyıl ortalarında hastanelerde hasta ölüm oranı ve enfeksiyon oranlarını kaydetmekteydi. Ancak performans yönetiminin hastanelerde kalite değerlendirme için

bir yönetim aracı olarak görülmeye başlanması Codman'ın 20. Yüzyılın başlarında yaptığı çalışması ile gündeme gelmiştir. Codman 1910 yılında "end result system of hospital standardizasyon" adını verdiği yaklaşım ile hasta kayıtlarının taburcu sonrasını da içeren geniş bir şekilde kayıt altına alınmasını ve tedavi sonuçlarına göre en iyi ve en kötü performans gösteren doktorların tespit edilmesini önermiştir. Böylece hastaya yapılan tedavinin başarısı değerlendirilebilecekti. Fakat bu fikir o dönemde aşırı radikal bulunmuş ve hayata geçirilememiştir (Loeb, 2004, s6; McIntyre ve ark., 2001). Bundan üç yıl sonra Codman'ın iş arkadaşı olan Martin, American College of Surgeons-ACS'u kurmuştur. ACS tarafından 1918 yılında Codman'ın fikirlerini de kapsayan "Minimum Standards for Hospitals" adlı bir hastane denetleme formu oluşturmuştur. Bu standart seti daha sonraki yıllarda the Joint Commission on Accreditation of Hospitals-JCAH adındaki kurumun faaliyetlerine ilham verecektir. Nitekim 1951 yılında JCAH kurulmuş ve 1953 yılında ilk kez hastaneleri akredite etmek için "Standarts for Hospital Accreditation" setini yayınlanmıştır. 1970'lerin başında sağlık hizmetlerine erişimde maliyetlerin artması sağlık hizmeti sunan organizasyonları harekete geçirmiş ve 1973 yılında "Federal Health Maintanence Organization Act" yürülüğe girmiştir. 1980 yıllarında sağlık sektöründe bütün çaba maliyet kontrolüne yönelmiştir. Bu nedenle Amerika'da 1985 yılı Nisan ayında "Tax Equity and Fiscal Responsibility Act-TEFRA" yürülüğe konmuştur. 1990'lı yıllara gelindiğinde tüketim artmış, tüketiciler paralarının karşılığında kendilerine sunulan hizmet ve ürünler hakkında daha fazla talepkar hale gelmişlerdir. Bu tüketici davranışları istisnasız olarak sağlık sektörüne de yansımıştır. Böylece sağlık sistemleri için yeni düzenlemeler geliştirilmiş ve kurumların etkin, verimli ve ekonomik olacak şekilde kaliteli hizmet sağlamasına yönelik performanslarını değerlendirecek çalışmalar başlatılmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık hizmetlerinin performansını değerlendiren "The National Committee for Quality Assurance-NCQA", "the Joint Commission on Accreditation of Hospitals-JCAHO", "the American Accreditation HealthCare Commission", "the American Medical Association-AMA", "the Foundation for Health Care Accountability" ve "the Agency for Healthcare Quality and Research" gibi kuruluşlar bu dönemden sonra kurularak faaliyete geçmişlerdir (McIntyre ve ark., 2001).

1990'lı yıllarda hastaneler sağlık hizmetlerinin bakımını yükseltmek ve aynı zamanda maliyetlerini kontrol altında tutmak amacıyla performans ölçüm çalışmaları yapmaya başlamışlardır. Bu çalışmalar Amerika Birleşik Devletleri'nin öncülüğünde

başlamış ve daha sonra Kanada, Avustralya, Avrupa ve Asya ülkelerine yayılmıştır (Koçgil ve ark., 2014, s178). 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan "Dünya Sağlık Raporu" sistemlerinin performansını ölçmek konusunu ele alarak, dünya genelinde sağlık hizmetlerinde performansın yayılmasında önemli bir rol oynamıştır (Ateş ve Kırılmaz, 2015).

Günümüzde sağlık bakımında etkililiği ve kaliteyi artırmak ve daha iyi sağlık çıktılarına ulaşabilmek için performans yönetimine her geçen gün daha fazla önem verilmektedir (Aydın ve Demir, 2007, s29). Ancak, sağlık kurumlarının farklı değerler ve beklentilere sahip olması nedeniyle performans değerlendirme yaklaşımlarında da farklılıklar görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde uzun süredir performans geliştirme yönünde çabalar olmasına rağmen hala belirsizlikler mevcuttur (Çınaroğlu ve Şahin, 2014, s3). Kalite ve performansın kompleks yapıda ve sistemin diğer unsurlarından kesin olarak ayrıştırılamaz olması nedeniyle ülke içi ve uluslararası değerlendirme için kullanılan methodlar tam olarak belirlenememektedir (Shaw, 2003, s6). Bu nedenle üzerinde kesin bir fikir birliğine varılmış bir performans ölçüm yöntemi bulunmamaktadır. Ülkeler kendi sağlık sistemlerinin ve sağlığı etkileyen diğer dinamiklerin doğrultusuda kendilerine özgü performans değerlendirme modelleri geliştirmektedirler (Koçgil ve ark., 2014, s179).

2.1.10. Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Örnekleri

Performans yönetimi ile ilgili yapılan ulusal ve uluslar arası çalışmalar ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin yapısı ve finansmanı başta olmak üzere pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle geçerli olacak tek bir performans yönetimi uygulaması bulunmamaktadır. Her ülke kendi sistemine uygun farklı yöntemler geliştirmekte ve zaman içerisinde bu yöntemlerde değişiklikler yapmaktadır.

Bu bölümde Dünya Sağlık Örgütü'nün uluslar arası düzeyde yaptığı kıyaslama çalışmasından kısaca bahsedildikten sonra, performans yönetimin öncü ülkeleri arasında sayılan Avustralya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletlerindeki sağlık hizmetleri performansına yönelik çalışmalar özetlenmiştir.

2.1.10.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı

Dünya Sağlık Örgütü-WHO sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek için ortak bir kavramsal çerçeve oluşturmak üzere büyük çabalar sarf etmektedir. Bu

bağlamda ülkeler ile birlikte çalışmakta ve ülkelerin kendi sağlık sistemlerinin performansını ölçmek ve geliştirmek için kullanacağı araçları geliştirmektedir. Bu çabalardan ilki 2000 yılında yayımlanan The World Health Report 2000'dır. Rapor yayımlandığı zaman medyada ve akademisyenler arasında büyük yankı uyandırmış ve dikkatleri üzerine toplamıştır (Murray ve Evans, 2003, s3). WHO bu çalışma ile, ülkelerin sağlık politikalarını geliştirilmesi için bilgi sağlamayı ve sağlık sistemlerinde organizasyon ve çıktılar arasında varolan ilişkiyi göstermeyi amaçlamaktaydı. Başlangıç noktası olan "sağlık sistemleri ne içindir?" sorusuna cevap aramak üzere yola çıkılan çalışmada, asıl varılmak istenen nokta hükümetlerin kendi sağlık sistemlerinin performanslarından sorumlu olmalarının vurgulanmasıdır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005).

Bu raporda 191 ülkenin sağlık sistemleri karşılaştırılmıştır. Metodolojide üç temel kavram üzerinde çalışılmıştır. Bunlar; hedefe ulaşma (etkinlik), kişi başına sağlık harcamaları ve verimlilik ve genel sağlık performansı düzeyidir.

İlk bileşen, hedefe ulaşma (etkililik) kendi içinde beş alt bileşen içerir. Bileşenler farklı ağırlıklara sahiptir ve toplam performansı etkileme düzeyleri de bu ağırlıklara göre olmaktadır. Bu alt bileşenler; sağlık düzeyi (% 25 ağırlıkta), sağlık dağılımı (% 25 ağırlıkta), cevap verme derecesi (% 12,5 ağırlıkta), cevap verme oranı (% 12,5 ağırlıkta) ve mali katkının adaletidir (% 25 ağırlıkta). İkinci bileşen olan kişi başına sağlık harcaması, hem verimlilik hem de performans ölçümlerinde dikkate alınan bir değişkendir. Üçüncü bileşen ise verimliliği de içerecek şekilde sağlık sistemlerinin performansını ölçmektedir (Coyne ve Hilsenrath, 2002).

Raporun sonucuna göre sağlık sistemlerinde en iyi performansı gösteren ülke Fransa olarak belirlenmiş, bu ülkeyi sırasıyla İtalya, İspanya, Umman, Avusturya ve Japonya takip etmektedir. Tüm dünyada sağlık harcaması en yüksek olan Amerika Birleşik Devletleri ise ancak 37. sıraya yerleşebilmiştir (WHOd). Türkiye de sıralamada başarılı göstermekte zayıf kalan ülkeler arasında yer alarak, 73. sırada konumlanmıştır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005).

2.1.10.2. Avustralya

Avustralya sağlık sistemi, hem hükümet tarafından finanse edilmesi hem de bireylerin sahip oldukları herhangi bir kamu sigortasının üstünde sağlık sigortası için özel sigorta satın alabilmesine imkan sağlayacak özellikte olması nedeniyle karma model olarak tanımlanabilmektedir. Medicare olarak bilinen zorunlu devlet sigortası

planı, Avustralya ile karşılıklı sağlık sigortası sözleşmesi olan bir grup ülkenin vatandaşlarına, daimi sakinlerine, mültecilere ve vatandaşlarına sağlık hizmeti sağlamaktadır (Dixit ve Sambasivan, 2018).

Ülkede sağlık bakımının kalitesi ve güvenliğinden sorumlu çeşitli ulusal ve yerel devlet kurumları görev yapmaktadır. Bu kurumların kullandığı veriler Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü (The Australian Institute of Health and Welfare) ve Avustralya İstatistik Bürosu (the Australian Bureau of Statistics-ABS) tarafından sağlanmaktadır.

Bakım kalitesinin sağlanmasına yönelik kapsamlı strateji, Avustralya Hükümetler Konseyi'nin (the Council of Australian Governments-COAG) Ulusal Sağlık Anlaşması'nda ele alınmaktadır. Anlaşma, sağlık hizmetlerinin sunulmasında Avustralya hükümetlerinin ortak hedeflerini ve ilerlemenin değerlendirildiği performans göstergelerini ve kriterleri belirlemektedir. Ayrıca, başlıca kronik hastalıklar ve bunların risk faktörleri gibi ulusal öncelikli politika yönergeleri, programları ve reform alanlarını belirlemektedir. Ülkede sağlık hizmetlerinin performansı ve akreditasyonu ile ilgili çalışmaları yürüten farklı kurumlar bulunmaktadır.

Ulusal Sağlık Performansı Kurumu (The National Health Performance Authority-NHPA), sağlık sistemi performansının izlenmesi ve raporlanması için bağımsız bir kuruluş olarak 2011 yılında Avustralya Ulusal Sağlık Reformu Yasası kapsamında kurulmuştur ve 2012 yılında aktif olarak faaliyete geçmiştir. NHPA, oluşturduğu "Performans ve Sorumluluk Çerçevesi (Performance and Accountability Framework-PAF)" kapsamında Avustralya halkının yüksek kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlamak için çalışmaları düzenli olarak takip etmektedir. PAF, toplamda 48 ulusal göstergeden oluşmaktadır; bunlardan 31 tanesi Temel Sağlık Hizmetleri Ağları olarak adlandırılan Medicare Locals için ve 17 tanesi ise Yerel Hastane Ağları (Local Hospital Networks) ve hastanelerinin performansı için oluşturulan göstergelerdir (Braithwaite ve ark., 2017).

Ülkede hastanelerin akreditasyon sertifikası alması zorunludur ve bu kapsamda üç yılda bir olmak üzere dış denetimlere tabi tutulmaktadırlar. Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care-ACSQH) sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kalite iyileştirmesinden sorumlu ana organdır. 2006 yılında eyalet ve bölge hükümetleri tarafından sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kalite konusundaki ulusal gelişmeleri

yönlendirmek ve koordine etmek amacıyla kurulmuştur (ACSQH). Bu kurum, akreditasyonu sağlamak üzere hastaneler ve gündüz ameliyat merkezleri tarafından karşılanması gereken standartları belirler. ACSQH Standartlar Seti sekiz ana boyut altında değerlendirme yapılmasını sağlar. Bu boyutlar; klinik yönetişim, tüketicilerle işbirliği, sağlıkla ilişkili enfeksiyonlar, ilaç güvenliği, kapsamlı bakım, güvenli iletişim, kan ürünleri yönetimi, akut bozukluğun tanınması ve yanıtlanması olarak adlandırılmaktadır.

Royal Australian College of General Practitioners ise, aile hekimlerini (GP) akredite eden kurumdur (the Commonwealth Fund). RACGP, kaliteli klinik uygulama, eğitim ve araştırma standartlarını belirlemek ve sürdürmekle sorumludur (RACGPa). Aile hekimleri için akreditasyon zorunlu olmamasına rağmen pek çok aile hekimi akredite edilmeyi tercih etmektedir. Akreditasyon standartları çekirdek standartlar, kalite geliştirme modülü ve aile hekimliği modülü başlıkları altında 3 ana bölümden meydana gelen toplam 17 standart ve bu standartlara ait 44 kriterden oluşmaktadır (RACGPb).

2.1.10.3. Birleşik Krallık

Birleşik Krallık'ın sağlık sistemi, iyi sağlık sonuçları, risk koruması ve kamu memnuniyeti hedeflerine ulaşmada dünyanın en iyileri arasındadır. Sağlık hizmetleri genel olarak ücretsiz olarak sunulmaktadır. Ancak ilaç ve özel bakım için hizmet kullanıcılarından ücret alınmakta ve bu ücretler, toplam finansmanın çok küçük bir yüzdesini oluşturmaktadır. Bu nedenle, katastrofik sağlık harcamalarının oranları çok düşüktür. Ve son yıllarda yapılan memnuniyet anketlerine göre, yüksek düzeyde bir kamu memnuniyeti oluşturmaktadır (Gürsoy, 2015).

Sistem, en az harcama yapan ülkelerden birisi olmasına rağmen, dünyanın en iyi on bir sağlık sisteminden biridir. The Commonwealth Fund'un sağlık sistemleri karşılaştırması raporuna göre; bakım süreci ve hakkaniyet konusunda 1. sırada ve erişim ve idari etkinlik konusunda 3. sırada yer almaktadır. Ancak, meme kanseri ve kolon kanserinde beş yıllık hayatta kalma süreleri açısından başarısızlık göstermesi nedeniyle sağlık bakım sonuçlarında 10. sırada yer almaktadır (Gulland, 2017).

2010'dan bu yana NHS (National Health Service) ulusal öncelikler, performans ölçüm ve iyileştirme için destekleyici politika çerçevesi kapsamında üç farklı "Sonuç Çerçevesi" oluşturmuştur. Bunlar; NHS Sonuç Çerçevesi (the NHS Outcomes

Framework), Kamu Sağlığı Sonuçları Çerçevesi (Public Health Outcomes Framework) ve Yetişkin Sosyal Bakım Çıktıları Çerçevesidir (Adult Social Care Outcomes Framework). Bu üç sonuç çerçevesi aşağıya doğru işleyecek şekilde sistem içerisinde kullanılmaktadır. Sonuç çerçeveleri dışında sağlık sisteminde Ulusal Hastalık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (the National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE) ve diğer ulusal ve yerel düzeyde hizmet veren kurumlar da performans indikatörleri hazırlamaktadırlar (Ham ve ark, 2015, s11).

İngiltere'de sağlık hizmetlerinde performans değerlendirilmesinde kullanılmak üzere standartlar hazırlayan pek çok kurum bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Ham ve ark, 2015, s13);

- Outcomes Framework Technical Advisory Group
- NHS England
- National Institute for Health and Care Excellence-NICE
- Public Health England
- Care Quality Commission-CQC
- Health and Social Care Information Centre-HSCIC
- Diğer uzman grupları; örneğin akıl sağlığı, çocuklar, diyabet ve kanser gibi belirli alanlarda göstergeler üzerinde çalışan gruplar.

Bu gruplar tarafından oluşturulan indikatör setlerinden birisi olan CCG Outcomes Indicator Set-COIS, Clinical Commissioning Groups-CCGs ve Health and Wellbeing Boards-HWBs için sağlık çıktıları hakkında açık ve karşılaştırmalı bilgi sunmayı amaçlamaktadır. Bu indikatör seti 6 boyuttan oluşmaktadır ve boyutlar altında toplam 75 kriter bulunmaktadır (NHS Digital web sayfası). Boyutlar aşağıda belirtilmektedir;

- İnsanların erken ölmesini önlemek (27 kriter),
- Uzun yaşam süresindeki hayat kalitesini arttırmak (16 kriter),
- İnsanların hasta, sağlıksız veya yaralı olmaları durumunda iyileşmelerine yardımcı olmak (18 kriter),

- İnsanların olumlu bir bakım deneyimine sahip olmalarını sağlamak (9 kriter),
- İnsanları güvenli bir ortamda tedavi etmek ve önemsemek ve onları önlenebilir zararlardan korumak (5 kriter)

NICE, 1999 yılında hastalık ve hastalığın temel nedenlerinin önlenmesi, teşhisi ve tedavisi için kanıta dayalı kılavuzlar oluşturmak ve bakım kalitesi için standartlar geliştirmek amacıyla kurulmuştur (Murray ve ark., 2013). NICE göstergeleri, bakım kalitesi veya kanıtlarla bağlantılı sonuçları iyileştiren çıktıları yansıtan sonuçları ölçmektedir. İndikatörler 3 tip gösterge bölümünden oluşmaktadır; 1) genel uygulama kalitesi ve çıktılar çerçevesi, 2) kalite iyileştirme için genel uygulama ve 3) clinical commissioning group-CCG'dur. Genel uygulama kalitesi ve çıktılar çerçevesi bölümü 26 alt grup ve 135 kriterden, clinical commissioning group bölümü toplam 14 alt grup ve 66 kriterden meydana gelmektedir (NICE).

2.1.10.4. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Yoğunlukla hizmet sunumunda özel sektör ağırlıklı faaliyet göstermesi nedeniyle diğer ülke sağlık sistemlerinden farklılık gösteren (Greenwald, 2010, s1) ABD sağlık sistemi, kompleks hastalıklar ve yaralanmalara yönelik bilimsel keşifleri, ekipmanları, tesisleri ve eğitimi açısından dünyanın en gelişmiş sistemleri arasında yer almaktadır. Ancak, "the Institute of Medicine" ve "the Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ" gibi kurumların çalışmaları ve raporları göstermektedir ki; sağlık hizmeti kalitesi ve erişimi halen yetersiz kalmaktadır (Weisfeld, 2011, s23).

ABD'de hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının devlet hükümetleriyle yönetilmesi, ilk defa savaş sonrası dönemde yaygınlaşmaya başlamıştır ve son yıllarda önemli ölçüde gelişmiştir. Uygulamalar eyaletten eyalete farklılıklar göstermektedir. "Health and Human Services-HHS" ülke çapında sağlık hizmetleri düzenlemesi yapmakta olan en önemli kurumdur (Kırılmaz ve ark., 2017).

ABD Sağlık, Eğitim ve Refah Departmanı tarafından 1979 yılında "Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention" raporu yayınlanmıştır (United States, 1979). Rapor, ülkenin sağlık politikasının hastalıkların önlenmesi yönünde yeniden gözden geçirilmesi gerektiğine dair çarpıcı açıklamalarda bulunmuş (U.S. National Library of Medicine) ve ulusal anlamda sağlık

sisteminin ilerlemesini değerlendirmeye ve performansı ölçmeye yönelik ilgiyi önemli ölçüde artırmıştır. O zamandan bu yana, sağlık sisteminin performansı ölçen ve gelişmesini değerlendiren kuruluşların sayısı önemli ölçüde artmıştır. Bu kuruluşlar; şehir, eyalat veya ülke düzeyinde değerlendirme yapmaları, hekim, hastane veya sağlık planları çalışmalarına odaklanmaları, veya kullandıkları veriyi temin etme yolları açısından farklılık göstermektedir. Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ, Ambulatory Care Quality Alliance-AQA, the Centers for Medicare & Medicaid Services-CMS, Institute for Clinical Systems Improvement, National Committee for Quality Assurance-NCQA ve National Institute on Aging-NIH bu kuruluşlardan bazılarıdır (McGinnis ve ark., 2015).

"The Centers for Medicare and Medicaid Services-CMS" adlı kuruluş federal düzeyde sağlık hizmetlerinde uygulanmakta olan iki büyük projenin (Medicare ve Medicaid) denetlenmesinden sorumludur (Walshe, 2003, s57-83).

"The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO" ve "the National Committee for Quality Assurance -NCQA" adlı kuruluşlar sağlık hizmetlerinde performans düzenlenmesinde etkin rol oynayan iki önemli özel sektör kurumudur. JCAHO, sağlık planları, bakım evleri, evde sağlık kuruluşları vb. dahil olmak üzere geniş bir yelpazede hizmet veren kuruluşların akreditasyonunu yapmaktadır. Ancak JCAHO'nun bugüne kadarki en uzun ve en köklü faaliyeti hastane akreditasyon programıdır. Amerika'da faaliyet gösteren akut hastanelerin yaklaşık %80'i JCAHO akreditasyonuna sahiptir. NCQA'nın ilk hizmeti, sağlık planları için bir akreditasyon süreci geliştirmekti. Daha sonra, HEDIS olarak kısaltılan bir dizi performans standart seti (the Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS) oluşturmuştur (Walshe, 2003, s57-83).

National Institute on Aging-NIH, 2004 yılında "The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System-PROMIS" adlı klinik araştırma ve uygulamalar için hastalar tarafından bildirilen sonuçları geliştirmek üzere bir girişim başlatmıştır (NIH).

Amerika Birleşik Devletleri sağlıkta performans yönetiminin öncüsü olan ülkelerden birisi olarak, diğer ülkelere yol göstermeye devam etmektedir.

2.1.11. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi

Yeni kamu yönetimi ile ilgili çalışmalar ülkemizde 1980 yıllarından sonra gelişim göstermektedir. Ülkemizde kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan performansın düşüklüğü, kaynakların verimsiz bir şekilde kullanılması ve devlet hastanelerindeki düşük kapasite kullanımı yıllarca göz ardı edilmiştir. Bu kapsamda sağlık ekonomisine yönelik bazı kavramlar 1990'lı yıllarda gündeme gelmeye başlamış, ancak 2003 yılında yapılan sağlık reformuna kadar gerçekçi bir adım atılamamıştır (Özgen ve Tatar, 2007).

2003 yılında hazırlanan 58. Hükümet Acil Eylem Planında kamuda performans sistemine geçilmesi kararlaştırılmış ve bu faaliyetlerin sorumlusu olarak Sayıştay görevlendirilmiştir. Performans yönetimi ile kamu kuruluşlarında etkinlik, vatandaş ve hizmet odaklı çalışma anlayışı, hedefe yönelik çalışma anlayışı getirilmesi amaçlanmıştır. Böylece kamu kuruluşlarının performansları ölçülecek ve gelişimleri sağlanacaktı. Ayrıca bu eylem planının sağlıklı toplum başlığı altında dokuz adet madde belirlenerek, sağlıkta reform çalışmalarının temeli atılmıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı).

Ülkemizde sağlık ekonomisi ile ilgili çalışmalar ilk kez 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanan "Master Plan Etüd" ile gündeme gelmiştir. Price Waterhouse tarafından hazırlanan bu planda sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kalite kavramlarına yer verilmiş, sağlıkta hizmet sunumunun finasmandan ayrılması gerekliliği belirtilmiştir. Takip eden yıllarda (1992-93) 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenerek sağlık politikalarına yön verilmeye çalışılmıştır (İleri ve ark., 2016). Akabinde ise 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Ulusal Sağlık Politikası" yayınlanmıştır. Ülkemiz için sağlık politikası alanında bu derece kapsamlı hazırlanan ilk çalışma olan bu raporda Master Plan Etüdünü destekleyen ayrıntılar ele alınmıştır. Sağlıkta finansman ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması, genel sağlık sigortasının kurulması, hastanelerin özerk bir yapıda ve birbirleri ile rekabet edecekleri bir çevrede hizmet vermesi, aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konuları detaylı bir şekilde işlenmiştir (Torun, 2016, s22). Böylece ülkemizde sağlık sektöründe performans yönetimi dolaylı da olsa ilk kez dile getirilmiş olmuştur.

Tüm bu gelişmelerin sonucunda 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Planı (SDP)" ülkemizde sağlık sektöründe bir reform oluşturmak amacıyla hayata geçirilmeye

başlanmıştır. Sekiz adet bileşenden meydana gelen dönüşüm programı; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönülllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet temel ilkelerini hedefine alan bir yapı ortaya koymaktadır.

SDP ile birlikte sağlık alanında pek çok yeni uygulama hayata geçirilmiştir. Sürekli kalite gelişimi bileşenini odak noktasına alan kaliteli hizmet sunumu ile ilgili çalışmalar 2005 yılında başlatılmıştır. Daha sonra 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın kurulması ile bu çalışmalar ivme kazanmıştır. Daire Başkanlığı Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda performans ve kalite çalışmalarını yürütmekle görevlendirilmiştir. Bu kapsamda; performansa dayalı ek ödeme, kurumsal performans ölçümü, hasta ve çalışan güvenliği, kalite ve akreditasyon, klinik gösterge geliştirme gibi alanlarda faaliyet göstermekteydi (Aydın ve ark., 2009, s7). Çalışmalar ile sağlıkta kaliteli, etkin, verimli ve hakkaniyetli hizmet verilmesi amaçlanmıştır. Böylece dört ana başlık (hastane hizmetleri kalite standartları, hasta memnuniyeti, muayeneye erişim ve kurum verimlilik göstergeleri) halinde bazı kriterler belirlenmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında yürütülen hizmetin belirlenen kriterlere uygun verilip verilmediğinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda iyileştirme çalışmalarının yapılması planlanmıştır. Değerlendirmeler, ilk planlamalarda her 4 ayda bir (yılda 3 kez) olmak üzere yapılmaktaydı. Daha sonraki düzenlemelerde 2009 yılından itibaren yılda iki sefere düşürülmüştür (Güler ve ark., 2010). Günümüzde ise yılda bir kez olmak üzere yapılmaktadır.

2008 yılında Estonya'nın başkenti Talinn'de ülkemizin de aralarında bulunduğu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'ne üye ülkeler Talinn Sözleşmesini imzalamışlardır. "Sağlık Sistemleri, Sağlık ve Refah" başlıklı sözleşme sağlık sistemlerinin performansını düzenli olarak izleme ve raporlama kapasitelerini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi (SSPD) bu kapsamda atılan ilk somut adımdır. SSPD ülkenin sağlık sistemini bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirerek, sağlıkta karar vericilerin politika ve sistem geliştirmek için kullanacağı güvenilir verileri sağlamak ve toplumu iyilik hali hakkında bilgilendirmeyi amaçlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, Mayıs; Talinn Şartı, 2008).

SDP ile yapılan sağlık reformu kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısını yeniden şekillendiren ve 2011 yılında yürürlüğe konulan 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" bu çalışmalar içerisinde en kapsamlısı olarak yer almaktadır. Bu yeni düzenleme ile kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin performansı değerlendirilmeye başlanmıştır (Lamba ve ark., 2014, s54-57). Artık sağlık kuruluşları sadece kalite değerlendirmesi ile değil aynı zamanda verimlilik açısından da değerlendirmeye tabi tutulmaya başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda yapılan performans değerlendirmesinin ilk uygulaması "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi" olarak adlandırılan uygulamadır. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen sistem kamu sektörü sağlık personelinin iş motivasyonu ve üretkenliğini teşvik etmek için 2004 yılından itibaren uygulanmaktadır (Aydın ve ark., 2009, s13-14). Aynı zamanda ülkemizde kamu alanında da performansa dayalı ücretlendirmenin ilk örneği olan bu sistem ile sağlık hizmetinin kalitesi ve bireysel performansın artırılması amaçlanmıştır (Karasoy, 2014, s266).

Performansa Dayılı Ek Ödeme Sistemi 2003 yılında 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde yapılan pilot çalışma ile başlatılmış, 2004 yılından itibaren ülke genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde uygulanmıştır. 2005 yılına kadar sistem daha çok hekimlerin bireysel performanslarını değerlendiren bireysel ve niceliksel bir yapıya sahipken, 2005 yılında kurumsal performans göstergeleri ve 2006 yılında yönetici performans kriterleri eklenerek daha geniş bir kullanım şekline dönüşmüştür (Ateş ve ark., 2007, s280).

Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan bireysel performans yönetiminin ikinci ayağı olarak 2005 yılında kurumsal performans yönetimi çalışmaları başlatılmıştır. 09.07.2008 tarih ve 2039 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" ile hem Sağlık Bakanlığı'na bağlı hem de talep etmeleri halinde diğer kamu, üniversite özel sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin performansının değerlendirilmesi için yeni düzenlemeler açıklanmıştır. Yönerge kapsamında yürürlüğe konulan standartların karşılanması sonucunda sağlık tesislerinin "Hizmet Kalite Belgesi" almaya hak kazanacakları belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı(a)).

Bakanlık tarafından hastanelerde performansın sürekli takip ve değerlendirmesinin sağlanması için 2007 yılında Yeni Performans Takip Sistemi adı altında bir bilgisayar yazılımı sağlanmıştır. Bu sisteme tüm hastanelerden hem bireysel hem de kurumsal performans verilerinin girilmesi zorunlu kılınmıştır. Bu veriler hastane personeli tarafından manuel olarak sisteme giriş yapılmaktaydı. Manuel kullanımının insan hatalarına neden olması, zaman ve kaynak tasarrufu yapılabilmesi nedenlerinden dolayı 2011 yılında sistem hastanelerin otomasyon sistemlerinden otomatik olarak veri çekebilecek şekilde yeniden dizayn edilmiştir ve adı "Performans Yönetimi Bilgi Sistemi (PYBS)" olarak değiştirilmiştir (Çinal, 2012 Şubat, s37).

2012 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) yayınlanmıştır. KHK kapsamında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) ülke genelinde tüm kamu hastanelerinin yönetiminden sorumlu üst makam olarak faaliyete başlamıştır. Bu çerçevede mevzuat yenilenmiş ve yeni kurumlar oluşturulmuştur. 05.10.2012 tarih ve 847 sayılı "Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge"ye istinaden Kamu Hastaneleri Kurumu kapsamında Verimlilik Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Daire Başkanlığı vasıtasıyla TKHK'nın hedef ve stratejileri doğrultusunda kamu hastanelerindeki kaynakların kullanımının ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğini değerlendirmeye başlanmıştır. Bu değerlendirme TKHK tarafından altı aylık veya bir yıllık sürelerde yapılmaktaydı.

Sağlıkta Dönüşüm Programının 2. fazı 2017 yılı itibariyle başlamış olup, bu fazda sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileştirmelerin bir üst seviyeye çıkarılması amaçlanmaktadır. 2. faz kapsamında Bakanlığın öncelikle ele alacağı konular arasında kalite ve performans ile ilgili maddeler de yer almaktadır. Bu maddelerden bazıları aşağıda belirtilmektedir (Gümüş, 2017);

- Sağlık insan gücü ihtiyacının nicelik ve nitelik itibariyle tamamlanması,
- Sağlıkta performans esaslı yeni yapılanma,
- Klinik kalite ve kanıta dayalı tıp uygulamalarının geliştirilmesi,

Görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı sağlıkta performans konusunda yeni dönem boyunca da faaliyetlerini gerçekleştirmeye ve geliştirmeye devam edeceğini beyan etmektedir. Bu kapsamda performans yönetimi süreci sağlık yönetimi alanında güncelliğini ve önemini halen korumaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan performans çalışmalarının tarihsel süreçte hangi aşamalardan geçtiği Tablo2-3'de gösterilmektedir (Çinal, A., 2009; Çinal, A., 2011; Güler ve ark, 2010).

Tablo 2-3:Sağlıkta Performans Yönetiminin Tarihsel Süreci

Yıl	Uygulama
2003	58. Hükümet Acil Eylem Planı Hazırlandı.
	Sağlıkta Dönüşüm Programı Başlatıldı.
	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi pilot uygulaması başlatıldı.
2004	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ülke çapında tüm hastanelerde uygulanmaya başlatıldı.
2005	Kurumsal Performans Yönergesi yayımlandı.
	Hastaneler için kalite kriterleri yayımlandı (100 soru).
2007	Hastane kalite kriter sayısı 150'ye çıkarıldı.
	İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri kuruldu.
	Kurum Performans ve Kalite Birimleri kuruldu.
	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kuruldu (Mayıs 2007).
2008	Talinn Sözleşmesi İmzalandı.
	Hastanelerde çapraz değerlendirme uygulaması başlatıldı.
	Hastane kalite standartları sayısı artırıldı (354 standart ve 900 alt bileşen).
	"Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" kapsamında Bakanlık tarafından belirlenen standartları karşılayan kurumlara "Hizmet Kalite Belgesi" verilmesine dair uygulama başlatılmıştır.
	ADSM hizmet kalite standartları yayımlandı (175 standart).
	112 hizmet kalite standartları yayımlandı (112 standart).
2009	Ülke olarak PATH Projesine katılım sağlandı (14 hastane seçildi).
	Özel ve üniversite hastaneleri için "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları" yayımlandı (388 standart ve 1450 alt bileşen).
	NICE (Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü) ile ortak "Kanıta Dayalı Klinik Rehberler ve Performans İndikatörleri Gelitirşme Projesi" başlatıldı.
2010	Özel hastaneler değerlendirilmeye başlandı.

	Yönetici Performans Değerlendirmesi uygulanmaya başlandı.
	Birim Performans Değerlendirmesi yayımlandı.
	"Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Diş Hastanelerinde Görevli Personele Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge" uygulanmaya başlandı (05.11.2010 tarih ve 44100 sayılı).
2011	"Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yayımlandı (06.04.2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazete).
2012	Türkiye Klinik Kalite Programı başlatıldı.
	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesinde "İzleme Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı" altında "Verimlilik Daire Başkanlığı" kuruldu.
2013	"Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" yayımlandı (06.08.2013 tarih ve 28730 sayılı Resmi Gazete). Yönetmeliğin yayımlanması ile "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yürürlükten kaldırıldı.
	Sağlıkta Uluslararası Akreditasyon Sistemi çalışmaları başlatıldı.
2014	ISQua tarafından yapılan akreditasyon değerlendirmesi sonucunda "Türkiye SAS Değerlendirici Eğitim Programı" uluslararası standartları karşıladığı belirlenmiş ve akredite edildi (16.10.2014).
	Sağlıkta Akreditasyon Standartları- Hastane Seti ISQua tarafından akredite edildi (17.01.2014).
	"Sağlıkta Akreditasyon Standartları-ADSM Seti" ISQua tarafından akredite edildi (24.12.2014).
2015	Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Diyaliz Seti ISQua tarafından akredite edildi (02.04.2015).
	Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Laboratuvar Seti ISQua tarafından akredite edildi (25.11.2015).
	Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin yürürlüğe girmesi ile "Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" yürülükten kaldırıldı.
	Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)- Hastane Seti (versiyon 5) sağlık hizmeti veren kamu, özel sektör ve üniversite hastanelerinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere yayımlandı (01.07.2015 tarih ve 106 sayılı Makam Oluru).
2016	SKS-Evde Sağlık Rehberi yayınlanmıştır.
2017	"Sağlıkta Kalite Standartları Evde Sağlık Seti" yayınlanmıştır.
2018	"Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi" Bakanlık Makamının 18.05.2018 tarih ve E.04-362 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir.
	"Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde

Değerlendirilmesi Yönergesi" revize edilerek Bakanlık Makamının 06.07.2018 tarih ve E.44.9.171 sayılı yazısı ile yürürlüğe girmiştir.

"Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-112 (Versiyon-3) Seti" 17/07/2018 tarih ve 26325996-020-E.118 sayılı makam onayı yayınlanmıştır.

2.1.12. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerlendirmeye Dair Uygulamalar

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde performans yönetimi 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleri tarafından yapılan çalışmalar ile başlamıştır. Çalışmaların ilk dönemlerinde kalite ve performans başlığı altında bireysel, kurumsal ve birim bazlı değerlendirmeler yapılmasına imkan sağlayan yasal düzenlemeler oluşturulmuştur. Bu süre zarfında sürekli olarak yenileme/güncelleme yapılarak sistem geliştirilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde Sağlık Bakanlığı tarafından performans yönetimi kapsamında kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan uygulamalar anlatılacaktır.

2.1.12.1. Aile Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Performansının Değerlendirilmesi

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda atılan ilk adım 1961 yılında yayınlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'dır. Yasaya dayandırılarak 1963 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için sağlık ocağı modelini uygulamaya konulmuştur. Ancak uygulama gerçek hayatta yerince iyi yönetilememiştir (Öcek ve Çiçeklioğlu, 2013, s27; Başer ve ark, 2015). Özellikle 1990 yılından itibaren sağlık ocağı uygulamasını başarısızlığa uğratacak bazı yanlış politikalar uygulanmıştır (sağlık ocağı için yer seçimlerinin uygun yapılmaması, personel dağılımında dengesizlikler, sağlık ocağında verilen hizmet için ücret alınmaya başlanması, hasta sevk zincirine uygun hareket edilmemesi, vb.). Sağlık Bakanlığı 1963'den beri uygulamada olan yöntemin birinci basamak sağlık hizmeti ihtiyacına yeterince iyi cevap veremediğini düşünmekteydi (Nesanır ve Erkman, 2010). Tüm bu sorunlar yaşanırken diğer tarafta dünya genelinde sağlıkta reform konusu gündeme gelmişti. Ülkemiz de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında bu reform çalışmalarına katılmıştır (Öztek, 2006).

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerinden birisi de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesiydi. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından Aile Hekimliği uygulaması planlanmıştır. Böylece 2004 yılında "5258 sayılı Aile Hekimliği

Pilot Uygulaması Hakkında Kanun", 2005 yılında ise "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" ve "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" yayınlanarak mevzuat oluşturulmuştur. Daha sonrasında ilk olarak 2005 yılında Düzce İlinde pilot uygulama ile hayata geçirilen Aile Hekimliği uygulaması, 2010 yılında ülke genelinde tüm illerde uygulanmaya başlanmıştır (Başer ve ark, 2015; Erinç, 2013, s7; Nesanır ve Erkman, 2010).

Aile hekimliği hizmetinin performansı, kalite denetlemeleri ve ödenecek ücretlerin belirlenmesinde izlenecek usul olarak iki şekilde planlanmıştır. Kalite standartları; aile sağlığı merkezinin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurlar ve aile hekimi ve aile sağlığı elemanının almakla yükümlüğü olduğu eğitimler açısından değerlendirilmektedir (Resmi Gazete, 2017).Kalite standartlarına uygunluk açısından hizmetin verildiği Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olağan dışı denetimler hariç olmak üzere yılda iki kez (altı ayda bir) denetlenir. Denetlemeler sonucunda kalite standartlarına uygun olmadığı tespit edilen ASM'ler için yapılan fazla ödeme geri alınır (5705 Sayılı Yönetmelik, 2017).

Diğer bir performans göstergesi olarak kullanılan ücretlendirme ise, aile hekiminin kayıtlı hastaları üzerinden hesaplanan ödenecek ücretlerdir. Burada bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri göz önünde bulundurulur. Aile hekimleri vermiş oldukları hizmet ile ilgili tüm kayıtları tutmak ve belirli sürelerde ilgili kuruma bildirmekle zorunludur (Resmi Gazete, 2017). Koruyucu hekimlik hizmetlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanının takip ettikleri hastalardan özellikli gruplar için farklı katsayı hesaplanması yapılır. Bu hizmetlerin başarı oranlarının hesaplanmasında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ilgili genelgeler kapsamında aile hekiminin kayıtlı hasta grubunda yapması gereken takipler hesaplanır. Daha sonrasında takip edilmesi gereken kayıtlı hasta sayısı ile takip edilen kayıtlı hasta sayısı oranlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008 Nisan, s29).

Aile hekimliğinde performans göstergelerinin ücret ile ilişkilendirilmesi sistemin başarısını olumlu yönde etkilediği yapılan az sayıdaki çalışma ile tespit edilmiştir. Taşlıdere ve arkadaşları tarafından (2017) yapılan çalışmada Tekirdağ İlinde aile hekimlerinin tümünün %100 verimlilik ile çalıştığı görülmüştür. Bir diğer çalışmada

ise Sinop İlinde görev yapan 56 aile hekimi verimlilikleri incelenmiş ve hekimlerden 45'inin verimli çalıştığı, sadece 9'unun verimli çalışmadığı tespit edilmiştir (Erinç, 2013, s88). Nitekim Sağlık Bakanı Müsteşarı tarafından yapılan açıklamada aile hekimliği sisteminin büyük başarı elde ettiği ve ülkemizdeki aşılama oranlarının pek çok Avrupa ülkesinden daha iyi seviyede olduğunu belirtilmiştir (Hürriyet.com.tr, 17.11.2016).

2.1.12.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Performansa dayalı ücretlendirmeden bahsedildiğinde akla ilk gelen sağlık çalışanlarına üretkenlikleri ölçüsünde ücret ödemektir (Aydın, 2011). Daha detaylı bir tanımına göre ise; performansa dayalı ödeme, ödeme yöntemlerinin hizmet sunucuların kalite ve diğer sağlık sistemi performans hedeflerine ulaşmasını motive edecek şekilde belirli teşvik ve ölçütler kullanarak geliştirilmesidir. Çalışanlara yapılan ödemeler, üretilen hizmetin miktarı ve kalitesini belirleyen en önemli unsur olarak bilinmektedir. Ancak sağlık sektöründeki gelişmeler ışığında, sağlık personelinin maaş, hizmet karşılığı ödeme, paket ödeme ve kişi başına ödeme gibi geleneksel ödeme yöntemleri ile ücretlendirilmesinin onları daha kaliteli bir hizmet vermeye yönlendiremediği ve istenilen başarıyı yakalamada başarısız olduğu gözlenmiştir (Cashin ve ark., 2014, s8;Aydın ve ark., 2009).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde, personel daha önceden belirlenmiş hedeflere ulaşma dereceleri yönünden değerlendirilir ve performansları doğrultusunda maaş ve ilave ücretlerle ödüllendirilir. Sistemin başarısı, yönetimin aynı işi yapan personelin farklı ücret almasını sağlayacak kriterleri objektif olarak belirleyebilmesine bağlıdır, aksi takdirde yönetim ve personel arasındaki ilişkilerin gerilmesine neden olabilmektedir (Kestane, 2003).

Dünya genelinde kamu personelinin performanslarına göre ücretlendirilmesi anlayışı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu noktada yapılan çalışmaların ana amacı personelin iş yerindeki çabalarını ve başarısını artırmak için bir motivasyon aracı olarak kullanmaktır. Diğer yandan bazı ülkeler personelin geliştirilmesi, motivasyon sağlama ve bürokrasiyi kontrol etme, liderlik ve üst düzey yöneticilerin hesap verebilirliğini sağlamak gibi farklı nedenlere bağlı olarak da bu uygulamaları yapabilmektedirler (Coşkun ve ark., 2011).

Ülkemizde kamuda çalışan personelin performans değerlendirmesi 2011 yılına kadar 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda yer alan sicil sistemine uygun olarak personelin amiri tarafından değerlendirilmesi şeklinde uygulanmakta ve personelin aldığı ücret ile ilişkilendirilmemekteydi. 13.02.2011 tarihli ve 6111 sayılı Kanunla kamu kurum ve kuruluşlarında kadro tahsisi, dağılımı ve kullanımına ilişkin yaptıkları işlemlerde etkinliğin artırılması amacıyla Devlet Memurları Kanununda değişiklik yapılarak, sicil sistemi kaldırılmıştır (Eraslan ve Tozlu, 2011; Resmi Gazete No: 27906).

Kamuda bir ilk olan performansa dayalı ek ödeme sistemi 2003 yılında 10 ilde pilot uygulama ile hayata geçirilmiştir (Aydın ve ark., 2009). 2004 yılından itibaren performansa dayılı ek ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır, böylece sağlık personelinin kaliteli ve verimli hizmet vermelerini teşvik etmek üzere ücretlendirilmeleri amaçlanmıştır. Ek ödeme sistemi, 209 sayılı "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun"a dayandırılarak çıkarılmıştır. Kanun, döner sermaye geliri elde eden sağlık kurumlarının bünyelerinde görev yapan memur, sözleşmeli personel ve açıktan atanan personele ek ödeme yapabilmeleri yönünde yasal dayanağı oluşturmaktadır (209 Sayılı Kanun). Ödeme yapılmasına dair detaylar ise 2004 yılında yayınlanan "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile açıklanmıştır (Erkan, 2011).

Bu kapsamda, ölçülen performans göstergeleri, öncelikle doktorların sunmuş olduğu hizmetleri, hastane enfeksiyon kontrolünü, klinik içi eğitim ve bilimsel çalışmaları değerlendirmektedir. Sistem ile birlikte sadece ücret açısından personelin ödüllendirilmesi değil, bireysel verimliliğin artırılması da hedeflenmiştir (Aydın, 2008, s34-37). Ancak burada dikkat edilmesi gereken bir nokta üretkenliğin sadece nicelik değil nitelik olarak da göz önünde tutulması gerekliliğidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, sistem yürürlüğe girmesinden sonra pek çok yönden eleştirilere maruz kalmıştır (Coşkun va ark., 2015). Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, Türk Biyoetik Derneği ve Amerikan Hekimler Koleji Etik Kurulu (American College of Physicians Ethics Committee) ülkemizde performansa dayalı ek ödeme sistemi ile ilgili

yapılan çalışmalarda ortaya çıkabilecek etik sorunlar ile ilgili şu tespitleri yapmıştır (Kadıoğlu, 2016);

- Zor hastaların kabul edilmemesi; hekimler performanslarının değerlendirilmesinde olumsuz sonuçlar gösterebileceği endişesi ile tedavisi zor olan hastaları kabul etmeme veya bu hastaların tedavisini reddetme yaklaşımı sergileyebilirler. Bu davranış hastalar arasında ayırımcılık yapılmasına ve hakkaniyet açısından etik sorunlara neden olabilecektir.
- Hasta ve doktorlar arasında algı farklılıklarının olması; doktorların hastalara odaklanması yerine kendi gelirlerine ilgilenmelerine neden olabileceğinden, hastalarda doktorlara karşı bir güvensizlik ortamı oluşturabilmektedir.
- Gereksiz medikal bakım veya maliyetlerin ortaya çıkması; sistem gereksiz tıbbi uygulamaların yapılmasına neden olabilecektir.

Ayrıca ülkemizde yapılan araştırmalar, çalışanların sistemin adil ve tarafsız olamayacağına inandıklarını, sisteme güven duymadıklarını, çalışanlar arasında kıskançlığa neden olması dolayısı ile takım çalışmasını olumsuz etkilediğini, sistemin kötü kullanımlara ve etik dışı davranışlara neden olabileceğini, yapılan işin gerçek anlamda değerlendirilemeyeceğini düşündüklerini göstermektedir (Coşkun va ark., 2015). Ücretlendirmenin emekliliğe yansıtılmaması ve izin/rapor gibi çalışılmayan sürelerin hesaplanmamasının çalışanlarda motivasyonu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Kolaylı, 2016, s139). Hekimler performans gelirlerinin az veya çok olması ile ilgilenmemekte, bunun yerine diğer çalışanlar ile çatışma yaşanmayan, adil ve yüksek motivasyon sağlayan bir sistemle yönetilen bir ortamda performans endişesi taşımadan çalışmayı tercih etmektedirler (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016).

Neticede, Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması sahada uygulamada bazı sorunların yaşanmasına neden olmuştur. Bu sorunlar aşağıda maddeler halinde sıralanmaktadır (Erkoç ve ark., 2012 Şubat);

- Ameliyat sayılarının bazı hastanelerde ve branşlarda beklenenden düşük olması,
- Dahiliye kliniklerinde hasta yatırma oranlarının düşük olması,

- Hasta yatış sürelerinin düşük olması,
- Ameliyathane odalarının kullanım kapasitesinin düşük olması,
- Hastaların sevk edilme oranlarının yüksek olması sonucunda büyük illerde hasta yoğunluğu yaşanması, ameliyat ve yatış sürelerinin uzaması,
- Bazı hekimlerin sadece poliklinik hizmeti vererek tavan puana ulaşması nedeniyle hasta yatırmadan veya ameliyat yapmaksızın ek ödeme alabilmesi.

Sonuçlar bize göstermektedir ki; hekimler daha çok risk almaksızın hizmet vererek ek ödeme hesaplanmasında kendileri için gereken tavan puana erişebilmektedirler. Sistemin bir zayıf noktası olarak görülen bu puanlama maalesef bazı hekimler tarafından istismara uğramıştır. Sisteme karşı halen güven sorunları yaşanmaktadır.

2.1.12.3. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Performansının Değerlendirilmesi

2008 yılında Bakanlık 112 acil sağlık hizmetlerinin hasta merkezli olarak tüm ülkede aynı standartlar kapsamında yürütülmesi amacıyla "112 Acil Hizmet Kalite Standartlarını" yayımlamıştır (Çinal, 2011 Mayıs; Çinal ve ark, 2011). Böylece 6 ayrı başlıkta (yönetim ve organizayon, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, bilgi sistemi, ambulans ve ambulans hizmeti, genel koşullar) 35 faaliyet ve 113 adet standarttan oluşan kalite hizmet standartları ile ülke çapında faaliyet gösteren il ambulans servisi başhekimlikleri, komuta kontrol merkezleri ve 112 istasyonlarının değerlendirilmesi yapılmaya başlanmıştır.

En güncel hali olarak 2018 yılında revize edilen ve "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-112 (Versiyon-3) Seti" adı altında yeniden yayımlanan kitapçıkta kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri, gösterge yönetimi boyutları altında 21 bölüm yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı(b)). Bu boyutlar ve bölümler Tablo 2-4'de gösterilmektedir.

Tablo 2-4: Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-112 Boyut ve Bölümler

SKS 112		
Boyutlar	**Bölümler**	**Standart Sayısı**
Kurumsal Hizmetler	Kurumsal Yapı	7
	Kalite Yönetimi	13
	Doküman Yönetimi	4
	Risk Yönetimi	5
	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	5
	Afet ve Acil Durum Yönetimi	8
	Eğitim Yönetimi	5
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	Hasta Deneyimi	9
	Hizmete Erişim	5
	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	11
Sağlık Hizmetleri	Hasta Bakımı	6
	İlaç Yönetimi	12
	Enfeksiyonların Önlenmesi	7
Destek Hizmetleri	Ambulans Yönetimi	5
	Bilgi Yönetim Sistemi	13
	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	12
	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	5
	Atık Yönetimi	4
	Dış Kaynak Kullanımı	3
Gösterge Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi	5
	Kalite Göstergeleri	25

Versiyon-3'te kalite göstergeleri bölümü altında hizmet kalite göstergeleri ve klinik göstergeler ayrı alt başlıklar halinde ayrıştırılmıştır. Klinik göstergeler; "kardiyak arrest vakalarında nabız alınıp ressüsitasyon sonlandırılarak hastaneye teslim edilen hasta oranı", "inme vakalarına uygun müdahale oranı", "akut miyokard infarktüsü vakalarına uygun müdahale oranı" olmak üzere belirli tanılarda acil müdehalelerin başarı oranlarını yansıtmaktadır.

2.1.12.4. İl Sağlık Müdürlüğü Yönetici Performansı Değerlendirmesi

Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. ve 3. basamak hastanelerde görev yapan yöneticiler (başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı ve başhemşire pozisyonunda görev yapanlar) için yönetici performanslarını ölçmeye yönelik uygulamanın planlaması ilk kez 2009 yılında "Yönetici Mali Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge" ile yapılmış ve 2010 yılının Mart ayında fiilen hayata geçirilmiştir (Güler ve ark, 2014). Böylece yöneticilerin görevlerini yerine getirirken nelere öncelik

vermeleri gerektiği belirtilmiş ve yönetim uygulamasında ortak bir dil oluşturma amaçlanmıştır (Erkoç ve ark., 2012 Şubat).

Uygulamanın ilk planlanan şeklinde, hastanenin borçluluk süresi ve borçluluk oranı olmak üzere iki ana mali kriter üzerinden hesaplamalar yapılmıştır. Daha sonra uygulamada güncellemeler yapılmış ve 01.10.2010 tarihinde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanmasına katkı vermek amacıyla "Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge" yürürlüğe girmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı(c)). Yönergenin güncellenen versiyonunda ilave olarak dört performans kriteri (ana faktörler) ve beş adet düzeltme faktörü eklenmiştir.

Güler ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada 2010-2011 yılları arasında 22 aylık bir dönem içerisinde yönetici performanslarının yönerge kapsamında nasıl gelişme kaydettiği incelenmiştir. Sonuçta çalışma kapsamında ele alınan parametreler kapsamında yönetici performanslarında olumlu yönde gelişme gözlendiği ve uygulamanın başarılı olduğu düşünülmektedir. Ancak uygulama 2011 yılında Sağlık Bakanlığı yapısında değişiklik oluşturan 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"nin yürürlüğe girmesi ile rafa kaldırılmıştır.

2018 yılı Mayıs ayında yayınlanan "Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi" ile yönetici performans değerlendime çalışmaları tekrar uygulamaya konmuştur. Bu yönergede, kamu hastanelerinde sözleşmeli pozisyonda görev yapan İl Sağlık Müdürleri, Başkan ve Başkan Yardımcıları, İlçe Sağlık Müdürleri, Başhekim ve Başhekim Yardımcıları ile Müdür ve Müdür Yardımcılarının görev ve sorumluluklarına dayalı bireysel performans göstergeleri oluşturulmuştur. Yönergede sözleşmeli yöneticiler için pozisyonuna göre farklı hizmet alanları için ayrı ayrı belirlenmiş toplamda 244 adet performans göstergesi bulunmaktadır. Bu performans göstergeleri 100 puan üzerinden ağırlıklandırılmış şekilde puanlanarak, yöneticiler için nihai puan hesaplanmaktadır. Daha sonra bu puanlar 0-100 arasında beş grup (A, B, C, D ve E) altında değerlendirilmektedir. A grubunda bulunan yöneticiler "görevinin mükemmel bir performansla tam ve doğru olarak yerine getirmiş" olarak değerlendirilerek, en yüksek puanı alırken, E grubunda bulunan yöneticiler "yetersiz" bulunmaktadır.

Ayrıca, ilçe sağlık müdür yardımcıları, başkan yardımcıları, başhekim yardımcıları ve müdür yardımcıları için yetkinlik bazlı performans değerlendirme kriterleri (20 adet) ile iki üst amiri tarafından performans değerlendirmesi yapılmaktadır. İki amir tarafından ayrı ayrı yapılan değerlendirme sonuçlarının aritmetik ortalaması alınarak, nihai puanlama belirlenmektedir.

Yapılan değerlendirme sonucunda "başarısız" olarak tespit edilen yöneticilerin görevlerine son verileceği ve başarısızlık sonucu görevi sonlandırılan yöneticilerin, iki yıl geçmeden yeniden sözleşme imzalayamayacakları belirtilmektedir (T.C. Sağlık Baknalığı(d)).

2.1.12.5. Kurumsal Karne (Verimlilik Karnesi) Uygulaması

663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2012 yılında faaliyete başlamış ve akabinde bünyesinde Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı ile Kamu Hastane Birliklerinin ve bunlara bağlı 2. ve 3. basamak kamu hastanelerinin kaynak kullanımı ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğini değerlendirmek üzere çalışmalar başlatılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı(e)). 2017 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yeni yapılanması sonucunda 694 sayılı KHK ile birlikte Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü bünyesinde hizmet vermeye başlayan Daire Başkanlığı çalışmalarına halen devam etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı(f)).

Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı tarafından hastanelerin performansını ölçmek için verimlilik karnesi aracılığıyla değerlendirmeler yapılmaktadır. Ülkemize özgü geliştirilen verimlilik karnesinin ilk versiyonlarında tıbbi, idari, mali, eğitim, kalite ve memnuniyet olmak üzere 5 ana kriter başlığı altında göstergeler ölçülmüştür. 06.07.2018 tarihinde en son güncellenen hali ile yayımlanan yönerge ile yılda en az bir kez verimlilik gözlemcisi tarafından sağlık tesisinde yerinde değerlendirme yapılmaktadır.

Verimlilik yerinde değerlendirmesi hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezi/hastanesi, ruh ve sinir hastalıkları hastanesi ve kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi olmak üzere dört farklı değerlendirme rehberi ile yapılmaktadır. Hastaneler için hazırlanan rehberde klinik birimler, idari birimler, depolar, mali hizmetler, vb. birimler olmak üzere, birimler ayrı ayrı soru listeleri eşliğinde değerlendirilerek kriterleri karşılama düzeyleri ölçülmektedir. Değerlendirme

sonucunda hastanenin aldığı toplam puan hesaplanmakta ve verimlilik karne sonucu olarak hastaneye bildirilmektedir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü web sayfası).

2.1.12.6. Sağlıkta Kalite Standartları

Bakanlığa bağlı sağlık kurumlarında hizmetin kalitesi ile ilgili çalışmalar ilk olarak Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır (Erkan, 2011). Ülkede hizmet veren tüm sağlık kuruluşlarının kalite değerlendirmeleri Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Bu değerlendirmeler zorunlu olup, kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastanelerini de kapsamaktadır. Değerlendirmelerde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) veri seti kullanılmaktadır. Veri setleri; hastane, diyaliz, evde sağlık ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri-ADSH olmak üzere dört farklı kitapçık halinde kullanılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı(g)).

2016 yılında Versiyon 5-01 olarak en son güncellenen hali ile günümüzde kullanılan SKS Hastane veri seti; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi bölümlerinden oluşmaktadır. Kurumsal hizmetler; hastanede çalışan bütün personeli kapsayan, kaliteli hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi için gerekli faaliyetlerin sistematik olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümdür. Hasta ve çalışan odaklı hizmetler; hastalar açısından temel haklar, güvenlik ve memnuniyet çalışmalarını takip eden, çalışanlar açısından ise sağlıklı bir çalışma ortamı yaratmak amacıyla hazırlanmış bölümdür. Sağlık hizmetlerinde; hastanede gerçekleştirilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin sağlık kalite standartları kapsamında verilmesini sağlamak için hazırlanmış bölümdür. Destek hizmetler; hastanede verilen tıbbi hizmetlerin güvenli olarak uygulanması ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gereken alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır. Gösterge yönetiminde ise; süreçlere yönelik performansın takip edilmesi ve değerlendirilmesini sağlayan bölümdür (SKS Hastane Versiyon 5-01).

Diyaliz hizmetlerine yönelik kalite çalışmaları, ilk olarak 2008 yılında hastane kalite standartları için hazırlanan rehberde 16 standart ile başlamıştır. Daha sonra hizmet sunucuları tarafından yapılan geri bildirimler ve talep doğrultusunda ayrı bir rehber olarak hazırlanmasının gerekliliği görülmüştür. Bu kapsamda 2016 yılında 5 Boyut, 22 Bölüm, 196 Standart, 421 değerlendirme ölçütünden meydana gelen rehber

ülkemizde faaliyet gösteren kamu, özel ve üniversite statüsünde diyaliz hizmeti veren bütün kuruluşları kapsayacak şekilde hazırlanarak yayınlanmıştır (SKS Diyaliz).

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan hizmetin kalitesinin geliştirilmesi ve artırılması yönünde hazırlanan SKS ADSM seti ilk kez 2009 yılında hazırlanmıştır. Daha sonra 2011 ve 2015 yıllarında revize edilmiş ve standart sayısı artırılarak daha kapsamlı hale getirilmiştir. Son olarak SKS ADSH (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri) 19 adı ile yayınlanarak halen kullanılmaya devam eden versiyonu 5 Boyut, 27 Bölüm, 288 Standart, 638 değerlendirme ölçütünden meydana gelmektedir (SKS ADSH).

Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan koordinasyon merkezlerinin kalite standartlarının geliştirilmesi yönünde çabalar 2016 yılında başlatılmıştır. Bu kapsamda hazırlanan SKS-Evde Sağlık Rehberi, kurumsal hizmetler, sağlık hizmetleri ve gösterge yönetimi başlıkları altında üç boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar altında yer alan standartlar bölümlere özgü süreçlere yönelik hazırlanmış ve hizmetin bir bütün olarak değerlendirilmesine imkan sağlamaktadır (SKS-Evde Sağlık).

Sağlıkta Kalite Standartları Veri Setleri hasta güvenliği, hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkililik, etkenlik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık ve hakkaniyet açısından hizmetin kabul edilebilir bir çerçevede sunulmasını sağlamaya yönelik hazırlanmıştır. Aynı zamanda performansın boyutları arasında yer alan bu kavramlar birbiri ile yakın ilişki halinde yer almaktadır.

2.1.12.7. Sağlıkta Akreditasyon Hizmetleri

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları 2005 yılından itibaren aktif olarak yürütülmesine rağmen, akreditasyon ile ilgili çalışmaların başlangıcı henüz çok yenidir.

Sağlık tesislerinin akredite edilmesi ile ilgili ilk çalışmalar bazı hastanelerin bağımsız bir akreditasyon kuruluşu olan the Joint Commission International (JCI) ile olan anlaşmalar vasıtasıyla başlamıştır. Bir zorunluluk olmamasına rağmen, bazı özel hastaneler ve kamu hastaneleri JCI kurumuna gönüllü olarak akredite edilmek üzere başvuruda bulunmuşlardır (Güdük ve Kılıç, 2017). Bugün itibari ile ülkemizde JCI tarafından akreditasyon belgesine sahip 44 sağlık kuruluşu bulunmaktadır (JCI web sayfası).

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Reformu'na başlayan Bakanlık, bu reformu sekiz bileşen etrafında yapılandırmıştır. Sekiz değişkenden birisi "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" olarak belirlenmiş, böylece sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyona önemli bir vurgu yapılmıştır (Güdük ve Kılıç, 2017). Ancak sağlıkta akreditasyon çalışmaları bundan uzun bir zaman sonrasına kadar hayata geçirilememiştir.

Sağlıkta akreditasyon standartlarının oluşturulmaya başlanması 2012 yılında Sağlık Bakanlığı'nın ISQua ile yaptığı resmi anlaşmalar ile başlatılmış ve 2015 yılına kadar devam eden çalışmalar ile standartlar tamamlanmıştır. Daha sonra Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'nün (TÜSKA) kurulması sonucunda akreditasyon ile ilgili tüm iş ve işleyiş Sağlık Bakanlığı tarafından TÜSKA'ya devredilmiştir (Berktaş, 2017). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde kurulan TÜSKA sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmek amacıyla kurulmuş bir enstitü olup, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ve ülkemizde verilen hizmetlerin uluslararası düzeye çıkarılmasına yardımcı olmak üzere çalışmalar yapmaktadır (TÜSEB web sayfası).

TÜSKA, ülkemizdeki akreditasyon çalışmaları kapsamında; akreditasyon programlarının hazırlanması, akreditasyon başvurularının kabul edilmesi, değerlendirilmesi ve yürütülmesi konularında faaliyetler gerçekleştiren bir enstitüdür. Akreditasyon sürecinde, "Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Hastane", "SAS Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM)", "SAS Diyaliz" ve "SAS Laboratuvar Seti"nden oluşan ve ISQua tarafından akredite edilmiş dört farklı standart seti kullanılmaktadır. Setlerde yer alan standartlar; etkililik etkinlik, verimlilik, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık ve süreklilik olmak üzere on temel hedef etrafında değerlendirmeler yapılmasına imkan vermektedir (Berktaş, 2017).

TÜSKA tarafından akredite edilen sağlık tesislerinin sayısı henüz sadece üç tane olup, bu hastaneler; Özel Ankara Koru Hastanesi, Tire Devlet Hastanesi, Özel Medical Park Gaziantep Hastanesi ve Özel Konak Hastanesi'dir (TÜSEB web sayfası).

2.2. Hastanelerde Kurumsal Performansı Etkileyen Personel Davranışları

Yönetim alanındaki birçok bilim adamı ve uzman, insan sermayesinin kuruluşların performansının ve verimliliğinin iyileştirilmesi için temel kaynak olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle, organizasyonların performansını etkileyebilecek faktörler olan çalışanın iş tatmini ve organizasyondaki sosyal sermayeye dikkat edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Chamanifard ve ark., 2015). Yöneticiler çalışanlarından en iyi şekilde nasıl yararlanacaklarını bilmek isterler. Çalışanların fiziksel ve zihinsel refahının olması yanı sıra iş tatmini, örgütsel bağlılık, işten ayrılma niyetleri kurumların etkinlik, verimlilik ve yenilikçilik gibi önemli kurumsal çıktılarını etkilemektedir. Bu nedenle olumlu personel tutumlarını teşvik etmek gerekmektedir. Bu durum özellikle personel tutumlarının hasta deneyiminin kalitesini doğrudan etkileyebileceği sağlık hizmetlerinde daha da önemlidir (West ve Dawson, 2012).

Uzun bir süredir yapılan çalışmalarda, kurumlardaki personelin deneyimleri bu kurumların çıktılarıyla birçok farklı şekilde ilişkilendirilmektedir. Çalışanların yönetilme şekli, sahip oldukları etkileşimler, sergiledikleri tutumlar ve davranışları, hem sağlık sektöründe hem de diğer sektörlerde bazı kuruluşların neden diğerlerinden daha iyi performans gösterdiğini açıklayan çok sayıda araştırmaya konu olmuştur (Powell ve ark., 2014). İnsan kaynakları yönetiminin örgütsel etkinliğe fayda sağladığı önerisi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Bazı çalışmalarda, kurum performansı sadece finansal yönü ile değerlendirilmesine rağmen birçok çalışmada "kurumsal etkinlik" ve "finansal performans"tan oluşan iki boyut birlikte "kurum performansı" olarak adlandırılan bir ölçüde birleştirilmektir. Farklı çalışmalarda devir hızı oranları, özkaynak kârlılığı, verimlilik, hizmet kalitesi, kalite, küçülme, verimlilik, işletme giderleri gibi pek çok farklı değişken kurum performansını değerlendirmek üzere kullanılmıştır (Zhu ve ark., 2013).

Bu bölümde hastanelerde kurumsal performansı etkileyen personel davranışları olarak örgütsel bağlılık, iş tatmini ve personel devir hızı ele alınmıştır.

2.2.1. Örgütsel Bağlılık

1980'li yıllardan itibaren, örgütsel davranış kapsamında yapılan organizasyonlardaki bağlılık araştırmaları, çalışanların örgütsel bağlılığını araştırmaktadır. Konuya olan ilgi, 1970'lerde Lyman Porter ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ve Kuzey Amerika'daki kurumlarda artan işten ayrılma oranları ve

çalışan bağlılığının azalmasına dair artan endişeler nedeniyle başlamıştır (Barling ve Cooper, 2008, s35).

Örgütsel bağlılık "*bireyin, örgütün amaç ve değerlerini kabullenerek bunlara güçlü bir inanç duyması, örgütün çıkarları için çaba harcamaya gönüllü olması ve örgüt üyeliğini devam ettirmek için güçlü bir istek duyması*" olarak tanımlanmaktadır (Gümüş, 2012, s80). Ya da diğer bir ifade ile; çalışanların kendilerini kurumları ile özdeşleştirmeleri, kuruma dahil olduklarını hissetmeleri ve kurumlarını terk etmek istememelerinin düzeyi veya kapsamı olarak tanımlanabilir. En basit şekliyle, örgütsel bağlılık bireyin çalıştığı kuruma olan sadakatini göstermektedir (Khanka, 2006, s110).

Örgütsel bağlılık, personelin işe devamsızlığı ve işten ayrılması davranışlarına negatif etki etmekteyken, performans artışı, kendini adama ve denetçi gözetimli işlere pozitif etki etmektedir (Vigoda-Gadot ve Drory, 2006, s107). Örgütsel bağlılığın, kurumun performansına da önemli ölçüde olumlu etki ettiği bilinmektedir. Ferguson ve Reio (2010) kalifiye çalışanların etkinliğinin işlerini yapma konusunda motive olmadıklarında sınırlı olacağını belirtmektedirler. Hem dışsal hem de içsel motivasyonun iş performansı gibi organizasyonel sonuçlara önemli etkileri olduğunu savunmaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı kurumlarda personelin bağlılığını artırma yönünde yoğun çabalar sarf edilmektedir. Kurumun değer ve amaçlarını benimseyen personelin bağlılıklarının artması, kurumsal verimlilik ve etkinliğin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır (Yücel ve Koçak, 2015, s59-60).

2.2.1.1. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler

Örgütsel bağlılığı etkileyen faktörler genel itibari ile kişisel faktörler, örgütsel faktörler ve örgüt dışı faktörler olmak üzere üç başlık altında incelenebilmektedir (Yücel ve Koçak, 2015, s60).

Kişisel faktörler; yaş, medeni durum, cinsiyet ve eğitim durumu gibi bireye özgü demografik özellikleri ifade etmektedir. Kişisel faktörler ve örgütsel bağlılık seviyesi arasında ilişki bulunmaktadır.

Yaş faktöründe ilişki aynı yönlü olabildiği gibi ters yönlü de olabilmektedir. Personelin yaşı ve örgütsel bağlılık arasında aynı yönlü bir ilişki mevcut olduğunda yaş ilerledikçe örgütsel bağlılık artmaktadır sonucu ortaya çıkmaktadır. Bireyin kurumdaki çalışma süresi ne kadar fazla ise o derecede kurumda kalmayı tercih edecektir. Bu

durum iki farklı personel davranışını açıklamaktadır. Birincisinde, kişi kurumda çalıştığı süre boyunca o kuruma bir yatırım yaptığını düşünmekte ve bu yüzden kurumdan ayrılmak konusunda isteksiz davranmaktadır. İkincisinde ise; yaş ilerledikçe kişilerin yeni bir iş bulma ihtimalleri azalmaktadır, bu nedenle bireyler yeni bir iş arama durumunda kalmamak için kurumda kalmayı tercih etmektedirler. Diğer yandan bazı araştırmalarda ise, yaş ve örgütsel bağlılık arasında ters yönlü ilişki olduğu sonucu görülmüştür. Genç personelin yaptıkları işi daha eğlenceli bulmaları ve böylece örgütsel bağlılıklarının daha fazla olduğu, ya da iş deneyimleri az olan genç personelin yeni iş bulma konusunda sıkıntı yaşayabileceklerini düşünmeleri nedenlerinden dolayı örgütsel bağlılıklarının yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum örgütsel bağlılığı etkileyen bir diğer kişisel faktörlerden birisidir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; evli olan çalışanlar bekar olan çalışanlara nazaran daha fazla örgütsel bağlılık göstermektedirler. Evli personelin ailelerine karşı sorumlulukları, iş hayatlarında bekarlara göre daha fazla istikrar ve güvence aramaları nedenlerinden dolayı bağlılık düzeyleri daha yüksek olmaktadır.

Cinsiyet faktörünün örgütsel bağlılığa olan etkisini araştıran çalışmalar farklı sonuçlar ortaya çıkarmışlardır. Bazı çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre örgütsel bağlılığının daha fazla olduğunu, bunun nedeninin ise kadınların aile bağlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığını belitmektedirler. Diğer yandan, bazı çalışmalarda ise kadın çalışanların erkek çalışanlara göre örgütsel bağlılıklarının fazla olduğu ya da cinsiyetin örgütsel bağlılığa etkisi olmadığı sonuçlarına varılmıştır.

Personelin eğitim seviyesi ve örgütsel bağlılığı arasındaki ilişki genellikle aynı yönlü olarak ilerlemektedir. Genel olarak kişinin eğitim seviyesi arttıkça, düşük eğitim seviyesi olan çalışanlara göre işten ayrılma olasılığı artacaktır. Eğitim seviyesi düşük çalışanlar, işten ayrılmaları durumunda yeni bir iş bulma konusunda sıkıntı yaşayacaklarını düşündükleri için kurumdan ayrılma konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Eğitim seviyesi yüksek personel ise yaptıkları işten tatmin olmadıkları durumda kolayca işten ayrılabilmektedirler.

Örgütsel faktörler; örgüt kültürü, yönetim tarzı ve liderlik anlayışı, işin özelliği ve önemi, iş tatmini ve örgütsel adalet gibi pek çok farklı başlık altında incelenmektedir. Bunlar kısaca aşağıda olduğu şekilde açıklanmaktadır.

Örgüt kültürü altında yer alan normlar, semboller, değerler, inançlar ve temel varsayımlar örgütsel bağlılığı artıran faktörlerdendir. Bir kurumda örgüt kültürünün yüksek olması, personelin kurum tarafından desteklendiğini hissettiği ve yenilikçi kurumlarda gelişmektedir. Personelin örgüt kültürünü benimsediği kurumlarda örgütsel bağlılık düzeyi de artmaktadır.

Yönetim tarzı ve liderlik anlayışı örgütsel bağlılığı pozitif veya negatif yönde etkileyebilmektedir. Çalışanların yön gösterici, destekleyici, anlayışlı ve düşünceli yöneticilere sahip oldularını düşünmeleri kurumlarına karşı olumlu duygular geliştirmelerine, dolayısı ile yüksek örgütsel bağlılık geliştirmelerine neden olmaktadır. Al-Yami ve arkadaşları (2018), 219 hemşire ve yöneticiyi kapsayan araştırmalarında dönüşümsel liderlik ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Bu ilişkiye göre, bir yöneticinindönüşümlü liderlik özellikleri sergilediğinde personelin hastaneye daha fazla bağlı olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Yine, Lotfi ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelik yöneticilerinin etik liderliği, hasta güvenliği kültürü algısı ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Hemşirelik yöneticilerinin etik liderlik tutumuna sahip olmaları ve hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının yüksek olması sonucunda hasta güvenliği kültürü pozitif etkilenmektedir.

İşin özelliği ve önemi personelin kurum içi ve kurum dışı hayatında yaptığı işin nasıl etki yaptığı ile alakalıdır. Bu durum personelin alt veya üst kademe pozisyonlarda çalışmasına göre değişiklik göstermektedir. Üst kademe işlerde çalışanlar için işin özelliği daha fazla önem arz etmektedir. Bu grupta yer alan personel için yaptığı işin beklentilerini karşılıyor olması önemlidir. Personel, işin niteliklerinin beklentilerini karşılamadığını hissettiği zaman örgüte bağlılığı da azalmaktadır.

Örgütsel adalet kavramı, personelin yönetim tarafından alınan kararlarda bir haksızlık olmadığını, adaletli davranıldığını düşünmeleri ile açıklanmaktadır. Çalışanlar ücret veya ödüllerin dağıtılması, ceza ve terfi gibi kararların verilmesi, görev yetki ve sorumlulukların belirlenmesi durumlarında yönetimin adil davranmasını beklemektedir. Adalet kavramının yüksek olarak algılandığı kurumlarda örgütsel bağlılık ta yüksek olmaktadır.

Örgüt dışı faktörler; kurum içerisinde gerçekleşen olaylardan ziyade çalışanların kurum dışında elde edebilecekleri olanaklar ile ilgilidir. Personelin yeni bir

iş bulabilme olasılığı, profesyonellik düzeyi, sektörel durum ve hatta ülkedeki ekonomik gelişmeler kurum dışı faktörler olarak personelin işyerine olan bağlılığını olumlu veya olumsuz şekilde etkilemektedir.

2.2.1.2. Örgütsel Bağlılığın Ölçümü

Örgütsel bağlılık ölçümünde yaygın olarak iki farklı ölçek kullanımından yararlanılmaktadır. Bu ölçekler Mowday ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Örgütsel Bağlılık Ölçeği" ve Meyer ve Allen tarafından geliştirilen "Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık Ölçeği"dir (Gümüş, 2012, s132).

Mowday ve arkadaşları 1982 yılında geliştirdikleri ölçeklerinde örgütsel bağlılığı tek bir boyut altında incelemişlerdir. Onlara göre çalışanlar çalıştıkları kuruma duygusal bir bağlılık göstermektedirler. Bu ölçek tek boyutlu olması nedeniyle pek çok eleştiri ile karşılaşmıştır. Daha sonraki yıllarda Meyer ve Allen çok boyutlu bir ölçek geliştirmiştir. Günümüzde bu ölçek en sık kullanılan ölçek olarak bilinmektedir.

Meyer ve Allen öncelikle 1984 yılında daha önceki yapılan bağlılık ölçeklerinden esinlenerek iki boyutlu bir ölçek geliştirmişlerdir (Wasti, 2000). Duygusal bağlılık ve devamlılık bağlılığı boyutlarından oluşan bu ölçek 1991 yılında revize edilerek, üçüncü bir boyut (normatif bağlılık) eklenmiş ve sonuçta üç boyuttan meydana gelen bir ölçek ortaya çıkarılmıştır (Barling ve Cooper, 2008, s38-39). Günümüzde kullanılan Meyer ve Allen'in örgütsel bağlılık ölçeğinin boyutları duygusal, devamlılık ve normatif olmak üç komponentten oluşmaktadır (Murray ve ark., 2006; Gemmiti, 2008, s5). Bu komponentler Tablo 2-5'de gösterilmekte ve kısaca aşağıda özetlenmektedir.

Tablo 2-5: Örgütsel Bağlılığın Komponentleri

Duygusal Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Normatif Bağlılık
Güçlü bir şekilde kurumuma ait olduğumu hissediyorum.	Bu durumda çalıştığım kurumda kendi isteğimden ziyade kalmam gerektiği için kalıyorum.	Burada çalışıyor olmaktan dolayı işimden ayrılmak konusunda isteksizim.
Çalıştığım kuruma duygusal olarak bağlı olduğumu hissediyorum.	İşimden ayrılmak birçok kişisel fedakarlık yapmama neden olacak.	Eğer işimden ayrılırsam, iş verenim çok fazla hayal kırıklığı yaşayacak.
Çalıştığım kurumda ailenin bir parçası olduğumu hissediyorum.	Bu işte kalmak dışında başka bir seçeneğim yok.	İşimde kalmam gerektiği yönünde güçlü bir zorunluluk hissediyorum.
Ömrümün sonuna kadar bu kurumda çalışmaktan büyük memnuniyet duyarım.	Şu andaki işimden ayrılırsam hayatımdaki pek çok şey kesintiye uğrayacak.	İnsanların benim ayrılmam konusunda çok zayıf ihtimal vermeleri yüzünden işimde kalmaya devam ediyorum.

Kaynak: Khanka, S. S. (2006). *Organisational Behaviour*. S. India: Chand Publishing. s112.

- Duygusal Bağlılık; bireyin kuruma duygusal veya hissi bağlılığını ifade eder. Birey kurumda kalmayı istediği için kalmaktadır. Diğer bir ifadeyle çalışanlar kendilerine verilen hedeflere kendi istekleri ile bağlanmayı seçerler. Burada hedefin kişi üzerinde önemli bir duygusal etkisi bulunmaktadır.
- Devamlılık Bağlılığı; bireyin kurumdan ayrılmak karşısında algıladığı maliyet ile ilgilidir. Birey kurumda kalmak ister çünkü kalmak zorunda olduğunu hissetmektedir.
- Normatif Bağlılık; bireyin kurumda kalmak için bir zorunluluk hissetmesi ile ilgilidir. Birey kurumda kalmak ister çünkü kalmasının doğru olacağını düşünür. Bu durumda birey, etik olarak böyle davranmanın uygun olacağını düşünmektedir.

Bu üç komponent arasındaki ayrım önemlidir. Çünkü her bir komponentin kendine özgü geçmişi ve sonuçları bulunmaktadır ve bireyler farklı düzeylerde bağlılık deneyimi yaşayabilirler. Duygusal ve devamlılık komponentleri, kurumda iş performansının artması ve işten ayrılma ve iş devamsızlığı gibi olumsuz durumların azalması gibi genellikle pozitif sonuçlara neden olmaktadır. Duygusal bağlılık ayrıca hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetinin artması gibi müşteri davranışlarında da olumlu sonuçlara neden olmaktadır. Bağlılık düzeyleri boyutlar açısından ayrı ayrı değerlendirildiğinde, ideal olarak en yüksek bağlılık düzeyinin duygusal bağlılıkta, daha sonra normatif bağlılıkta ve nihayetinde devam bağlılığında olması istenmektedir (Özata, 2016).

Meyer ve Allen bağlılığın bu komponentlerden biri veya birden fazlasının olması durumunda gerçekleşeceğini savunmaktaydılar. Diğer yandan, devamlılık bağlılığının tek boyutlu bir yapıda olup olmayacağı ve duygusal ve normatif bağlılığın birbirinden ayrıştırılabilir olması hakkında zorluk yaşanacağı gibi bazı fikir ayrılıkları bulunmaktaydı. Ancak günümüzde halen üç boyutlu olarak kullanılmaktadır (Barling ve Cooper, 2008, s38-39).

Wasti (2000), yaptığı çalışmasında Meyer ve Allen'in geliştirdikleri ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirliğini ölçmek üzere bir kamu bir de özel sektör olmak üzere iki farklı kurumdan toplam 1267 personele anket uygulamıştır. Ölçeğin güvenilirlik düzeyi; duygusal bağlılık ve normatif bağlılığı boyutlarında yüksek bulunmasına rağmen, devamlılık bağlılığı boyutunda düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmada ölçeğin farklı kültürlerde uygulanmak için bazı değişiklikler yapılmasının uygun olacağı belirtilmiştir.

2.2.1.3. Örgütsel Bağlılığın Etkileri (Sonuçları)

Örgütsel bağlılığın etkileri bireysel ve kurumsal etkiler olmak üzere iki farklı başlık altında incelenmektedir (Güllüoğlu, 2011, s85).

Bireysel etkileri açısından örgütsel bağlılık; kurumda performansın artması, işe devamsızlığın, işten ayrılma niyetinin ve personel devir hızının azalması yönünde sonuçlara neden olmaktadır. Çalışmalar, örgütsel bağlılığı yüksek personellerin işlerini daha iyi yapma konusunda gayret gösterdiklerini ve neticede kişisel performanslarının artmasına neden olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda personel işe devam etme ve kurumun amaçlarına ulaşmasında rol alma konusunda heves göstermektedir. Pek çok

çalışmaya göre personelin örgütsel bağlılığı yüksek olduğunda işten ayrılma oranları da azalmaktadır (Doğan, 2013, s88-91).

Kurumsal etkileri açısından incelendiğinde ise; kurumun imajını yükseltme, potansiyel müşterilerin kuruma kazandırılması, kurum içerisinde yapılan hatalı veya yanlış işler hakkında üst yönetime bilgi verme, tüketici memnuniyetine olumlu katkı sağlama ve kurum için gönüllü reklam yapma şeklinde pek çok faydaları sıralanabilmektedir. Diğer yandan örgütsel bağlılığı yüksek personelin bazen kuruma zarar verici davranışlarda bulunabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Personel tamamen iyi niyeti ile kurum yararına olacağını düşünerek aslında yasal olmayan veya uzun vadede kuruma olumsuz geri dönüşü olabilecek davranışlar sergileyebilir (Güllüoğlu, 2011, s86-87).

Yapılan çalışmalarda, kuruma bağlılığı bulunan personelin kurumun başarısıyla daha yakından ilgilendiği ve kurumun amaçlarını gerçekleştirebilmesi için daha fazla çaba gösterdiği görülmektedir (Gümüş, 2012, s82).

Özata (2016) tarafından Konya İlinde üç hastanede toplam 173 hastane çalışanı ile yapılan çalışmada, personelin örgütsel bağlılık ortalamasının 3,21 olduğu görülmüştür. Örgütsel bağlılık boyutları tek tek değerlendirildiğinde, en yüksek bağlılığın duygusal bağlılık boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, devlet hastanelerinde çalışan personelin örgütsel bağlılığının özel hastanelerde çalışanlara nazaran ve sağlık personelinin duygusal bağlılık düzeyinin, idari birimlerde çalışan personele nazaran daha yüksek olduğu görülmüştür. Örgütsel bağlılığı etkileyen faktörler açısından personelin yaşı incelendiğinde ise; yaş ve örgütsel bağlılık seviyesi arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Tekingündüz ve arkadaşları (2017) tarafından ülkemizde bir kamu hastanesinde yapılan çalışmada; bilişsel güvenin, yöneticilerin, iletişimin, işin yapısının, cinsiyetin ve çalışılan bölümün (laboratuvar veya ameliyat odası) duygusal bağlılık ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Gelirin, bilişsel güvenin, eğitim durumunun, duygusal güvenin, iş yapısının ve ek fırsatların devamlılık bağlılığı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bilişsel güvenin, terfinin, yöneticilerin, işin yapısının, eğitim durumunun, duygusal güven ve işin yapısının, cinsiyet ve duygusal güvenin ise normatif bağlılık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

2.2.2. İş Tatmini (İş Doyumu)

İş tatmini, kısaca ifade edildiğinde; kişinin ihtiyaçları ile işi ve iş koşullarından kazandıklarına ilişkin ne algıladığının sonucudur. Kişi, algıladıkları sonucunda kurumuna karşı duygusal bir tepki geliştirir. Bu tepki sayesinde, birey iş ve işten elde ettikleriyle, beklentileriyle, arzuladıklarıyla ve ihtiyaç duyduklarıyla bir karşılaştırma yapar ve neticede eşitlik veya adalet ile ilgili bir fikir edinir. Karşılaştırma neticesinde adalet olduğunu düşünürse iş tatmini gerçekleşir. Daha basit ifade etmek gerekirse; iş tatmini, iş koşullarına ya da işten elde edilen sonuçlara dair kişinin bireysel bir değerlendirmesidir. İş tatmininde genel olarak personelin iş ortamına dair kişisel tecrübelerinin sonucunda kendisi için edindiği pozitif etkiden bahsedilmektedir. İş tatmini gelişmiş bireyler iş ve iş yerine dair pozitif bir tutum sergilemektedirler (Altaş ve Çekmecelioğlu, 2015). Diğer bir deyişle iş tatmini, kişide işine karşı memnuniyet duyması olarak tanımlanmaktadır (Çömen ve Öz, 2012, s667).

İş tatmini, belirli bir işi gerçekleştirirken elde edilen içsel tatmin ve gurur duygusunu ifade eder ve çalışanın önemli ve değerli bir şey başardığını hissettiğinde ortaya çıkar. Tatmin gelişen personelin daha yaratıcı, esnek ve sadık olacağı muhtemeldir (Wicker ve Wicker, 2011, s3). İş tatmini, işyerindeki kişisel beklentilerimizin sonuçlarla nasıl uyumlu olduğuyla ilişkilidir. Mesela; eğer beklenti çok çalışmanın karşılığında yeterli ücret almak ise bu beklenti karşılandığı takdirde iş tatmini gerçekleşmektedir. Tersi durum söz konusu olduğunda ise iş tatminsizliği yaşanacaktır (McKenna, 2000, s276).

İş tatmini davranıştan ziyade, tutumu göstermektedir. Buna rağmen örgütsel davranış üzerine araştırma yapan uzmanlar iş tatmininin önemli bir değişken olduğunu düşünmektedirler. İş tatmini yüksek olan personelin performansının iş tatmini düşük olan personele göre daha fazla olacağı uzun sürelerden beri yöneticiler tarafından üzerinde durulan bir varsayımdır (Robbins, 2001, s20).

İş tamini, kurumda birşeylerin yanlış gittiğini gösteren önemli göstergelerden birisidir. İş yavaşlatma, verimde azalma, disiplin problemleri ve pek çok kurumsal problemin altında yatan temel sorun iş tatmininde azalma olmasıdır. Kurumun iç çevresinde bozulmalara yol açmakta ve böylece kurumu dış tehditlere karşı savunmasız hale getirmektedir (Çömen ve Öz, 2012, s668).

Bir kurumda iş tatminini etkileyen faktörler beş başlık altında gösterilebilir (Chamanifard ve ark., 2015). Bunlar aşağıda kısaca maddeler halinde sıralanmaktadır:

- Ödeme: Kişinin aldığı ücretin tutarı ve ücretin eşit koşullarda ödenmesini içermektedir.
- Meslek: Kişinin görevinin eğitim için fırsat yakalayabilme şansını ve sorumluluk alma derecesini içermektedir.
- Promosyon şansları: Kişinin kariyerinde ilerleme fırsatını içermektedir.
- Danışman: Çalışana karşı gösterilen ilgi ve dikkat etme yeteneğini içermektedir.
- İş arkadaşları: Arkadaşça ve destekleyici iş arkadaşları ile çalışma ortamını içermektedir.

Kişilerin bu beş faktör ile çevrelenmiş bir çalışma ortamında olmaları iş tatminini olumlu yönde etkileyecektir.

İş tatmininin niçin önemli olduğunu gösteren çeşitli nedenler vardır. Bunlar personele veya kuruma odaklanma durumlarına göre farklı şekilde sınıflandırılabilir. Birincisi; insancıl bakış açısı ile düşünüldüğünde herkes kendisine iyi muamele yapılmasını ve saygı gösterilmesini hak etmektedir. İş tatmini, kurumlarda çalışanlara yapılan iyi muameleyi yansıtmaktadır. Aynı zamanda duygusal iyi olma durumu ve psikolojik sağlığı gösteren indikatördür. İkinci olarak faydacı bakış açısından durum değerlendirildiğinde ise; iş tatmini çalışanların kurumlarına karşı olan davranışlarını şekillendirir. Çalışanların davranışları kurumda olumlu ve/veya olumsuz etkilere neden olabilmektedir. İş tatmini kurumun iyi bir şekilde fonksiyonunu sürdürebilmesine etki etmektedir. Personelin refahını düşünen kurumlarda iş tatmini değerlendirmeleri yaygın olarak yapılmaktadır (Spector, 1997, s2).

Song ve Tucker (2016) başarılı performans geliştirmenin en yaygın bariyerlerini dış çevre ve iç çevre ile ilgili etkenler olmak üzere iki başlık altında incelerken kurum içindeki faktörler arasında ise üst düzey yöneticilerin yetersiz desteğine dikkati çekmektedirler. Üst düzey yöneticilerin organizasyon kültürünü şekillendirdiğini vurgulayarak, değişimi teşvik eden bir kültür olmazsa örgütsel normlar ve rutinlerin statükoyu koruyarak yeni uygulamaların hayata geçirilmesini engelleyeceğini

belirtmektedirler. Ayrıca, üst düzey yönetici desteğinin yokluğunda, iyileştirme ve değişim için gerekli olan sürecin işleyemeyeceğini, davranış değişikliklerini kolaylaştırmak için gereken finansal kaynakların oluşturulamayacağını ve çalışanların teşviklerden yoksun olabileceğini söylemektedirler. Teşvik ve finansal kaynak eksikliği ise çalışanların değişmeye istekli olmalarını engellemektedir. İyileştirme için kurumsal düzeyde hedeflerin paylaşılmasında fayda vardır. Bu hedefler genellikle üst düzey yöneticiler tarafından belirlenmekte ve teşvik edilmektedir. Bu kapsamda kurum içinde iş tatmininin artırılması için yöneticilere önemli bir rol düşmektedir. Etkin ve başarılı yönetilen kurumlarda personelin iş tatmini olumlu yönde değişecektir.

2.2.2.1. İş Tatmininin Ölçümü

İş tatmini genellikle mülakat veya anketler aracılığıyla ölçülmektedir. Ancak mülakatların pahalı olması ve uzun zaman alması nedeniyle çoğunlukla anket yöntemi tercih edilmektedir. Ayrıca, anketler hem kolayca yapılabilmesi, kağıt kalem dışında başka bir araç-gereç gerektirmemesi ve hem de cevapların basit bir şekilde sınıflandırılarak değerlendirilebilmesine imkan sağlaması nedenlerinden dolayı sıklıkla kullanılmaktadırlar. Ancak mülakat tekniğinde olduğu gibi detaylı bilgi edinilememesi ise zayıf yanı olarak görülmektedir.

İş tatminini değerlendirmek için kullanılan pek çok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden en fazla bilinen ve kullanılanları; the JSS, the Job Desctiptive Index (JDI), the Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), Job Diagnostic Survey (JDS), Job in General Scale (JIG) ve Michigan Organizational Assessment Questionnaire Satisfaction Subscale'dir (Spector, 1997, s5-7).

1967'de, Weiss ve arkadaşları Minnesota Memnuniyet Anketi'nin (the Minnesota Satisfaction Questionnaire-MSQ) kısa versiyonunu, 20 maddelik 5'li likert tipi bir ölçek geliştirmiştir. 100 maddeden oluşan uzun formunda ise 20 adet alt ölçek bulunmaktadır. MSQ, literatürde iyi bilinen ve devamlı olarak kullanılan bir ölçektir. Minnesota Memnuniyeti Anketi, Minnesota Üniversitesi'nde "İş Ayarı Projesi"nin çıktılarından biri olarak geliştirilmiştir. Bu anketin altta yatan teorisi; iş uyumunun, bireysel beceriler ile çalışma ortamında var olan pekiştirmeler arasındaki uyuma bağlı olduğu varsayımına dayanır (Martins ve Proença, 2012).

20 ifadeden oluşan kısa anket formu 5'li likert ölçeği ile değerlendirilmektedir. "1 puan işimle ilgili bu durumdan oldukça memnuniyetsizim", "2 puan işimle ilgili bu

durumdan memnuniyetsizim", "3 puan işimle ilgili bu durumdan memnun veya memnuniyetsiz oluşum hakkında kararsızım", "4 puan işimle ilgili bu durumdan memnunum" ve "5 puan işimle ilgili bu durumdan oldukça memnunum" olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmeti bağlamında, iş tatmini ve bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan pek çok çalışma yapılmaktadır. Çalışmalar, hemşirelerin iş memnuniyetinin hasta memnuniyetini ve hasta bakımının kalitesini etkilediğini, iyi insan kaynakları yönetiminin hastane ortamında fark yarattığını ve hatta ölüm oranını azalttığını göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin iş tatmini ve işten ayrılmama durumları arasındaki pozitif bir korelasyon olduğu da görülmektedir (Martins ve Proença, 2012).

Bodur (2002), Konya'da 153 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmasında genel olarak sağlık çalışanlarının memnuniyet oranını %60 olarak tespit etmiştir. Çalışanlar en çok "insanlara ne yapmaları gerektiğini söyleme şansı" ve "vicdanıma uymayan şeyleri yapmayı reddedebilme imkanı" ifadelerinden memnuniyetlerini belirtmişlerdir. Diğer yandan en fazla memnuniyetsizlik gösteren ifadeler "çalışma koşulları" ve "yaptığım iş miktarı ve aldığım ücret" ifadeleri olmuştur. Sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, işyerinde (kırsal veya kentsel) ve meslek deneyimine göre memnuniyet puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İş doyumunu oluşturan 20 madde özel olarak incelendiğinde, memnuniyet puanının mesleklere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ebelerin memnuniyet puanları diğerlerinden daha düşük bulunmuştur.

İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki;

İş tatmini sadece işin kendisine odaklanmasına rağmen, örgütsel bağlılık kurum içindeki pek çok faktörden etkilenmektedir. Örgütsel bağlılık, iş tatminine göre daha kapsamlı ve geniş bir kavramdır (McKenna, 2000, s282). İş tatmini kişinin iş ve iş şartları karşısında oluşturduğu tepki iken, örgütsel bağlılık, bireyin kurumun tamamına karşı olan tutumlarını belirtmektedir (Altaş ve Çekmecelioğlu, 2015).

İş tatmininin personelin iş ile ilgili tutumlarını değerlendirmek üzere dünya çapında çokça konuşulduğu bilinen bir gerçektir. Ancak şu var ki; iş tatmini bireylerin çalıştıkları kuruma karşı olumlu tutum takınmasını sağlayamaz. Bazen bir çalışan yaptığı işi sevebilir ancak, çalıştığı kurumu sevmeyebilir, bu durumda ilk fırsatta çalıştığı kurumdan ayrılmanın yolunu gözleyecektir. Ya da tersi durumda; birey çalıştığı kurumu sevmektedir ama yaptığı işten memnun değildir. İşte bu nedenlerden dolayı

çalışanların işle ilgili tutumlarını tam olarak anlayabilmek için iş tatmininden daha ileriye gidecek bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Örgütsel bağlılık tam da bunu sunmaktadır. Araştırmacılar iş tatmini, örgütsel bağlılık ve kurumsal performans ve başarı arasında güçlü bir ilişki olduğunu düşünmektedirler (Khanka, 2006, s110). Kalfa (2018) tarafından Türkiye'de 565 çalışan ile yapılan araştırmada iş tatmininin örgütsel bağlılığı da artırdığı sonucu tespit edilmiştir.

Gider ve arkadaşları (2011) Muğla İlinde 677 hemşire ve 195 tıbbi sekreter üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışanların örgütsel bağlılık ve iş tatmin düzeylerini incelenmişler ve her iki meslek grubunda da orta düzeyde örgütsel bağlılık ve iş tatmini tespit etmişlerdir. Çalışmada hem örgütsel bağlılık ve hem de iş doyumu düzeyinde çalışanların meslek, gelir durumu ve hastane mülkiyet tipine göre anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Çalışanların kurumda çalışma sürelerinin iş tatmin düzeylerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

2.2.3. Personel Devir Hızı

Personel devir hızı bir yıllık zaman dilimi içinde kurumdan ayrılan personel sayısı olarak tanımlanmaktadır (Russo, 2000, s10). Diğer bir ifade ile belirli bir zaman dilimi içerisinde işten çıkarılan ve kendi isteği ile işten ayrılan toplam çalışan sayısının, o kurumda aynı dönemde görev yapan toplam çalışan sayısına oranı olarak tarif edilmektedir (Özcan ve ark., 2016).

Personel devir hızı; örgütsel iklimi, kurum performansını, verimliliği ve kalifiye personelin elde tutulmasını etkileyen, karmaşık ve sürekli bir konudur. Çalışanların işgücü piyasası içerisinde yer alan kurumlar, işler veya meslekler arasında yer değişikliği yapmaları veya işsiz olup olmama durumları arasında geçiş yapmalarını ifade etmektedir. Personel devir hızı kurumlarda yüksek maliyetli sonuçlara neden olmaktadır. Bu yüksek maliyetler yeni personelin işe alımı, eğitimi için harcanan paralar veya kurumun performans ya da üretkenliğinde yaşanan düşüklük sonucunda ortaya çıkan zararlar olarak görülebilmektedir. Bu nedenle personel devir oranının düşük olması için yapılan çabalar kurumlar için önemli hedeflerden biridir (Alatawi, 2017). Sonuçta, personel devir hızının hizmet kalitesi üzerine etkileri ve kurumda ortaya çıkardığı direk ve indirek maliyetlerini belirlemek üzere araştırmalar yapılmaya devam etmektedir (Alha Wan ve Mat, 2015).

Personel devir hızının hesaplanması için bir yıllık zaman dilimi ele alınır. Yıl başında kurumda bulunan toplam çalışan sayısı ile yıl sonunda kurumda bulunan toplam çalışan sayısının ortalaması alınır. Bu sayı, yıl içerisinde çeşitli nedenlerle kurumdan ayrılan personelin toplam sayısına bölünerek elde edilen sayı 100 rakamı ile çarpılır (Koparal, 2004, s122). Personel devir hızının hesaplanması için kullanılan formül aşağıda yer almaktadır (2-3);

(2-3)

$$\text{Personel Devir Hızı} = \frac{\text{Hesaplanan Dönemde İşten Ayrılan Personel Sayısı}}{\text{(Dönem Başı Personel Sayısı + Dönem Sonu Personel Sayısı) / 2}} \times 100$$

Kurumlarda personel devir hızının ölçülmesi personelin elde tutulması açısından işlerin nasıl yapıldığı hakkında fikir vermektedir. Kurumun insan kaynakları açısından ele alındığında önemli bir konu olan personel devri; gönüllü ve gönülsüz devir olmak üzere iki ana başlık altında incelenmektedir (Özcan ve ark., 2016). Bu durum, diğer bir şekilde ele alındığında kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen devir olmak üzere de tanımlanabilmektedir. Personellerin kurumdan ayrılması her zaman kontrol edilebilen nedenlerden dolayı olmamaktadır. Bazı durumlarda personelin işten ayrılması önlenemez. Örneğin; emekli olan personeller, ailevi nedenler veya sakatlık durumu gibi mazeretler karşısında personelin işten ayrılması engellenemeyen nedenler arasındadır (Carsen, 2005, s4-5). Diğer yandan personelin kurum yönetimi ile ilgili negatif bakış açısı yüzünden işten ayrılması ise gönüllü devir için verilebilecek örneklerdendir.

Bu nedenlerden dolayı personel devir hızı; net devir hızı ve gerçek devir hızı olmak üzere iki farklı şekilde ölçülmektedir. Bu durumu açıklayacak bir örnek vermek gerekirse; bir kurumun 700 çalışanı olduğunu varsayalım. Geçen sene 15 personel haklı gerekçeler ile işten çıkarılmış olsun. 20 personel ise kendi istekleri ile işten ayrılmış olsun. Bu 20 personelden 4 tanesinin emekli olduğunu, 1 tanesinin sakatlık nedeni emekli olduğunu ve 2 tanesinin ise ailevi problemler nedeni ile istifa ettiğini düşünelim. Bu örneğe göre net devir hızı ve gerçek devir hızı aşağıdaki şekildeki formüller aracılığıyla hesaplanmalıdır (2-4).

(2-4)

Net Devir Hızı = 35 / 700 x 100 = %5

Gerçek Devir Hızı = 28 (35-7) / 700 x 100 = %4

Görüldüğü gibi gerçek devir hızını hesaplarken engellenemeyen personel ayrılışları hesaplamadan çıkarılmaktadır (Carsen, 2005, s4-5).

Bazı araştırmalara göre personelin işten ayrılması için genellikle birden fazla neden etkili olmaktadır. İşten ayrılmaya etki eden beş ana neden şu şekilde sıralanmaktadır (Russo, 2000, s24);

- İnanç faktörü; çalışanın kuruma karşı inancının ve umudunun azalması,
- Duygusal faktör; çalışanın başarılarının görülmediği veya takdir edilmediğini düşünmesi veya kişisel gelişiminin göz ardı edilmesi,
- Güven faktörü; çalışanlarının patronlarının pek çok sözünü yerine getirmemesi sonucunda onlara karşı güvenlerinin azalması,
- Uyum faktörü; çalışanlar kurumlarına uygun olduklarını bilmek isterler. Çalışanın değerleri ve prensiplerinin kurum değer ve prensiplerine uyuşmaması,
- Dinleme faktörü; çalışanlar kurumda kendilerinin dinlendiğini bilmek isterler. Bu faktör muhtemelen personelin işten ayrılması için en önemli nedenlerden birisidir.

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing-ICN) tarafından 2008 yılında yayınlanan raporda hemşire devir hızının İzlanda'da % 11,6, Norveç'te % 10, Kanada'da % 9,49, İrlanda % 8,25 ve İsveç'te % 6,6 olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde ise bu hızın 2010 yılında yapılan bir çalışmaya göre % 17,5 olduğu belirtilmektedir (Eren ve Bal, 2015). 2016 Ulusal Sağlık ve Kayıtlı Hemşireler Personel Raporu'na (2016 National Healthcare Retention & RN Staffing Report) göre ise Amerika Birleşik Devletlerinde 2014'te % 16,4 olan hemşire devir hızı, 2015 yılında % 17,2'ye yükselmiştir. Bu hızın, pediatri ve kadın sağlığı alanlarında çalışan hemşirelerde en düşük iken, davranış sağlığı, acil servis ve cerrahi alanlarında çalışan hemşirelerde ise en yüksek seviyede olduğu görülmektedir (NSI, 2015). Sürer (2009), ülkemizde yaptığı çalışmada özel hastanelerde çalışan hemşireler için personel devir hızının 2005 yılında % 21-26 ve 2006 yılında %20- %27 olduğunu tespit etmiştir.

Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin iş yerinden ayrılmasının en önemli beş nedeni; iş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, yönetimden memnuniyetsizlik, çalışma koşullarının kötülüğü ve işle ilgili streslerin fazlalığı olarak bulunmuştur.

Özcan ve arkadaşları (2016) tarafından özel hastanede çalışan 415 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin beklenen personel devri, örgütsel bağlılık ve iş doyumu arasındaki ilişki incelenmiş olup, istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar tespit edilmiştir. Sonuçta, hemşirelerin örgütsel bağlılık ve iş doyumu düzeyleri azaldıkça işten ayrılma niyetlerinin arttığı görülmektedir.

İran'da bir özel hastane çalışanları ile yapılan bir çalışmada personelin iş tatmini ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmaya göre iş tatmini ile personelin devir oranı arasında pozitif ama düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çalışanların çoğunun "eğer daha iyi bir iş bulursam çalıştığım kurumdan ayrılırım" ifadesine katıldığı görülmüştür (Anwar ve Skuhur, 2015).

Church ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışma, örgütsel bağlılığın işten ayrılma niyetini etkilediğini göstermiştir. İki değişken arasındaki korelasyon ve tahmin, bireylerin daha yüksek örgütsel bağlılık deneyimleri yaşadıklarında, kuruluştan ayrılma niyetlerinin azaldığını göstermektedir. Ancak, işten ayrılma niyetinin gerçekte görülen personel devir hızı ile anlamlı bir ilişki göstermediği bulunmuştur.

2.3. Çok Değişkenli Regresyon Analizi

Regresyon analizi bir veya birden fazla bağımsız değişkenin verilerinden yola çıkarak bir bağımlı değişkende meydana gelen ortalama değeri tahmin eden istatistiksel bir analiz yöntemidir (Karagöz, 2014, s498).

Regresyon analizi basit regresyon ve çok değişkenli (çoklu) regresyon analizleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu iki analiz yöntemi arasındaki tek fark; birincisinde bir bağımlı değişkeni açıklamaya çalışan sadece tek bir bağımsız değişken yer alırken, ikincisinde ise birden fazla bağımsız değişken yer almaktadır. Günlük yaşantımızda çoğu zaman bir sorunun cevaplanması için birden fazla açıklayıcı faktör bulunması nedeniyle çok değişkenli (çoklu) regresyon analizi sıklıkla kullanılan bir istatistik yöntemidir.

Bu analiz yönteminde, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığı, eğer ilişki var ise bu ilişkinin gücü ve türü nasıldır soruları cevaplandırılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca bağımlı değişkende ileriye yönelik olarak oluşabilecek

değişiklikler tahmin edilebilir mi veya bu tahminler nasıl yapılacaktır soruları da analizde açıklanmaya çalışılmaktadır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2007, s263). Yine analizde yer alan bağımsız değişkenlerden hangisi veya hangilerinin bağımlı değişken üzerinde daha fazla etkisinin olduğunu incelemek regresyon analizinin bir diğer amacıdır (Alpar, 2016, s477).

Regresyon analizinde bazı varsayımların karşılanması gerekmektedir. Hem basit hem de çoklu regresyon analizi için geçerli olan varsayımlar; 1) bağımlı değişkenin bir tesadüfi değişken olması ve normal bir dağılım göstermesi, 2) tahmin hatalarının tesadüfi olması ve normal dağılım göstermesi, 3) hataların birbirlerinde bağımsız olması ve 4) her bağımsız değişkenin değerlerine ait olan bağımlı değişken değerlerinin alt setlerine ait varyansların birbirine eşit olması olarak sayılmaktadır.

Ancak çok değişkenli regresyon analizinde bu varsayımlara bir ilave daha yapılmaktadır. Bu da; analizde yer alan bağımsız değişkenlerin kendi aralarında basit doğrusal bir ilişki olmaması olarak açıklanmaktadır. Bu durum diğer bir ifade ile çoklu doğrusal bağlantı olarak anılmaktadır ve bağımsız değişkenler arasındaki basit doğrusal korelasyon katsayılarının 0 veya 0'a çok yakın olmasının arzu edildiği bir varsayımdır. Aksi takdirde (korelasyon katsayıları 1'e ne kadar yakın olursa) bağımsız değişkenler arasında korelasyon olduğundan söz edilir ki; bu durum regresyon analizinde istenen bir sonuç değildir (Orhunbilge, 2002, s100-101).

Bir regresyon analizi yaparken aşağıda yer alan şu aşamalar uygulanmaktadır (Karagöz, 2014, s499);

- Araştırmaya ait hipotezler oluşturulur,
- Araştırmanın matematiksel modeli yazılır,
- Olasılıklı model yazılır,
- Gerekli veriler sağlanır,
- Modele ait katsayılar elde edilir,
- Model parametreleri için hipotez testleri yapılır,
- Tahmin yapılır,
- Model kontrol veya politika amacıyla kullanılır.

Hipotez Oluşturma;

Regresyon analizinde H0 hipotezi bütün regresyon katsayılarının 0'a eşit olmasını ifade etmektedir. Diğer yandan Ha hipotezinde ise en azından bir regresyon katsayısının 0'dan farklı olduğunu savunur, yani bağımsız değişkenlerden en az bir tanesi bağımlı değişken üzerinde etkisi olduğunu varsaymaktadır (Kalaycı, 2014, s259). Örneğin; Obezite görülme sıklığı ile aşırı miktarda yemek yeme ve hareketsiz yaşam tarzı arasında yapılan bir araştırmada, obezite görülme sıklığı bağımlı değişken olarak yer almaktadır. Bu örnekte aşırı miktarda yemek yeme ve hareketsiz yaşam tarzı iki ayrı bağımsız değişkendir. Örnek kapsamında kurulacak H0 hipotezi; her iki bağımsız değişkenin de bağımlı değişken üzerinde etkisini 0'a eşit olarak varsaymakta iken, Ha hipotezinde aşırı miktarda yemek yeme ve hareketsiz yaşam tarzı değişkenlerinden en az birinin bağımlı değişkeni etkilediğini varsaymaktadır ve Ha hipotezinin 0'dan farklı olduğu öne sürülür.

Model Oluşturma;

Regresyon analizinin modelleri aşağıda yer aldığı şekilde formülize edilemektedir (Kalaycı, 2014, s259);

Basit Doğrusal Regresyon Modeli: $y = \beta 0 + \beta 1\ X + \varepsilon$

Çoklu Doğrusal Regresyon Modeli: $y = \beta 0 + \beta 1\ X1 + \ldots + \beta n\ Xn + \varepsilon$

Formülde yer alan;

Y = Bağımlı değişkeni

X1 = Bağımsız değişkeni

β i = Tahmin edilecek parametreyi

ε = Hata terimini ifade etmektedirler.

Formülden de anlaşılacağı üzere; y'de oluşacak değişim formülün sağ tarafında yer alan model ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Parametre olarak da adlandırılan β regresyon katsayısıdır. Regresyon katsayısı, bağımsız değişken veya değişkenlerde bir birimlik artma veya azalma olduğunda bağımlı değişkende görülecek ortalama değişikliği göstermektedir.

Hata terimi (ε), y'de görülecek değişimin formülde yer almayan bir başka değişken tarafından meydana gelebileceği ihtimalini göstermektedir. Yeterli veri bulunamaması, kuramın belirsiz olması, ortak etkisi çok düşük olan değişkenlerin analizde kullanımının anlamlı olmaması, bazı verilerin direkt olarak kullanılamaması durumunda bu verilerin kullanılabilir veriye dönüştürülmesi, fonksiyon biçiminin yanlış kurgulanması, değişkenle ilgili verilerin hatalı ölçümü gibi bazı durumlarda modele konulması geretiği halde konulamayan değişkenler ortaya çıkmaktadır. Bu durumda hata terimi bu değişkenlerin yerini almaktadır (Karagöz, 2014, s502).

Modelde Kullanılacak Değişkenlerin Seçilmesi;

Her ne kadar analizde kullanılacak değişkenlerin sayısı arttığında bağımlı ve bağımsız değişkenler arsındaki ilişki daha iyi yorumlanır hale gelse de, değişken sayısının artırılması her zaman mümkün olmamaktadır. Bu yüzden analizde optimum değişken kullanmak en uygun çözüm olacaktır. Modelde kullanılacak değişken sayısı üç ya da daha çok olduğu durumlarda değişken seçimi özellikle üzerinde durulması gereken bir konudur. Değişken seçiminde yararlanılan yöntemler; enter metodu, değişken ekleme işlemi, değişken eleme işlemi ve değişken ekleme ve eleme işlemi olmak üzere dört farklı şekilde uygulanmaktadır.

Bağımsız değişkenlerin her biri aynı önem düzeyinde olduğu düşünülüyorsa enter metodu kullanılır. Bütün değişkenler modele eklenek, modele olan katkıları ayrı ayrı incelenir. Değişken ekleme işleminde; öncelikle değişkenler korelasyon güçlerine göre sıralanır ve daha sonra değişkenlerin etkisi ölçülür. Etki düzeyi düşük değişkenler modelden çıkarılır. Değişken eleme işleminde; öncelikle her bir değişken modele sokularak analiz yapılır. Elde edilen sonuca göre en güçsüz değişken modelden çıkarılarak yeniden analiz yapılır ve sonuçta analizi etkileme düzeyine göre analizden çıkarılması veya tekrar analize eklenmesine karar verilir. Değişken ekleme ve eleme işleminde ise; değişkenler modele tek tek dahil edilerek analiz yapılır. Her bir değişken eklendiğinde modele olan katkısı incelenir. Değişken analize önemli bir katkı sağlamıyorsa modelden çıkarılarak nihai analiz yapılır (Kalaycı, 2014, s260).

Analizin Uygulanması ve Yorumlanması;

Analizin uygulanmasına geçilmeden önce bazı hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir (Alpar, 2016, s479);

- Bağımsız değişkenler sayısal veri veya niteliksel veri olabilirken, bağımlı değişken sayısal bir değer almış olmalıdır.
- Gözlem sayısı bağımsız değişken sayısının en az 5 katı, ideali ise 20 katı kadar olmalıdır.
- Bağımsız değişkenler arasında korelasyon ölçülmeli ve yüksek korelasyon olmaması gerekmektedir. Çoklu bağlantı sorunu (multicollinearity) olarak adlandırılan korelasyon sorununun olup olmadığı analiz aşamasında değerlendirilmelidir.
- Değişkenler arasında doğrusal ilişki olmamalıdır.
- Modelin geçerliliği ve yeterliliği (R^2 katsayısı yüksek çıkmalı ve F istatistiği anlamlı olmalı) test edilmelidir. F değeri regresyon analizinde uygulanan varyans analizi neticesinde elde edilir. F değeri değişkenlerden bir ya da birden fazlasının katsayısının 0'dan yüksek olduğunu göstermektedir.

Regresyon analizi yaparken unutulmaması gereken bir durum da nedenselliktir. Nedensellik, değişkenler arasındaki ilişkinin regresyon analizi için anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Değişkenler arasında çok güçlü ve anlamlı bir istatistiksel ilişki olması her zaman nedensellik olduğunu göstermez. Bazı durumlarda gerçekte birbirinden çok farklı iki değişken arasında da istatistiksel olarak yüksek katsayılı bir ilişki ortaya çıkabilmektedir. Ancak bu durum bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermez (Karagöz, 2014, s499).

R^2 belirlilik katsayısını ifade etmektedir, modelin tahmin gücünü gösterir ve bağımlı değişkende oluşan değişikliğin ne kadarının (yüzde kaçının) bağımsız değişkenler tarafından açıklanabileceğini ifade eder. Örneğin; bir regresyon analizi sonucunda R^2 sonucu %80 olarak tespit edilmişse, bu bize bağımlı değişkende meydana gelen toplam değişimin %80'lik bölümünün modelde yer alan bağımsız değişkenler tarafından açıklanabileceğini göstermektedir. R^2 değeri 0 ila 1 arasında yer almaktadır.

1 değeri bağımlı değişkenin tamamen bağımsız değişkenler tarafından açıklanabildiğini ifade ederken, 0 değeri ise bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni kesinlikle açıklamadığını göstermektedir. Belirlilik katsayısının 1'e yakın olması arzu edilmektedir. Geriye kalan %20'lik bölüm ise bilinmeyen veya analizde dikkate alınmayan diğer nedenler yüzünden meydana gelmektedir. Çoklu regresyon analizinde değişken sayısının artması belirlilik katsayısını artıracağından analiz sonucunun yorumlanmasında dikkatli olunması gerekmektedir. Bu durumda düzeltilmiş belirlilik katsayısının (Adjusted R^2) incelenmesi daha faydalıdır (Kalaycı, 2014, s259; Karagöz, 2014, s562).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmanın amacı hastane personelinin örgütsel bağlılık ve iş tatmini düzeyleri ile hastanelerin personel devir hızlarının hastanenin kurumsal performansına etkilerini araştırmaktır.

Hastane performansını etkileyen faktörler kavramsal çerçevede değerlendirildiğinde; hastanenin örgütsel çevresi, dış çevresi ve iç çevresi olarak ifade edilmektedir (La Forgia ve Couttolenc, 2008). İç çevresinde, kaynak yönetimi (personel, klinik, finansal, vb. kaynakları), bina, ekipman, insan gücü gibi sağlık bakımını oluşturan karakteristikleri, tedavi prosedürleri bulunmaktadır. Hastanelerin emek yoğun faaliyet gösteren işletmeler olması ve uzmanlaşmış iş gücü gerektirmesi onları diğer kurumlardan farklı kılmaktadır. Çalışmada, hastanelerin bu genel karakteristik özelliği nedeniyle kurumsal performans değerlendirmelerinde insan gücünün etkisi üzerinde yoğunlaşılarak; personel devir hızı, örgütsel bağlılık ve personel iş doyumunun kurumsal performansa etkisi incelenmiştir.

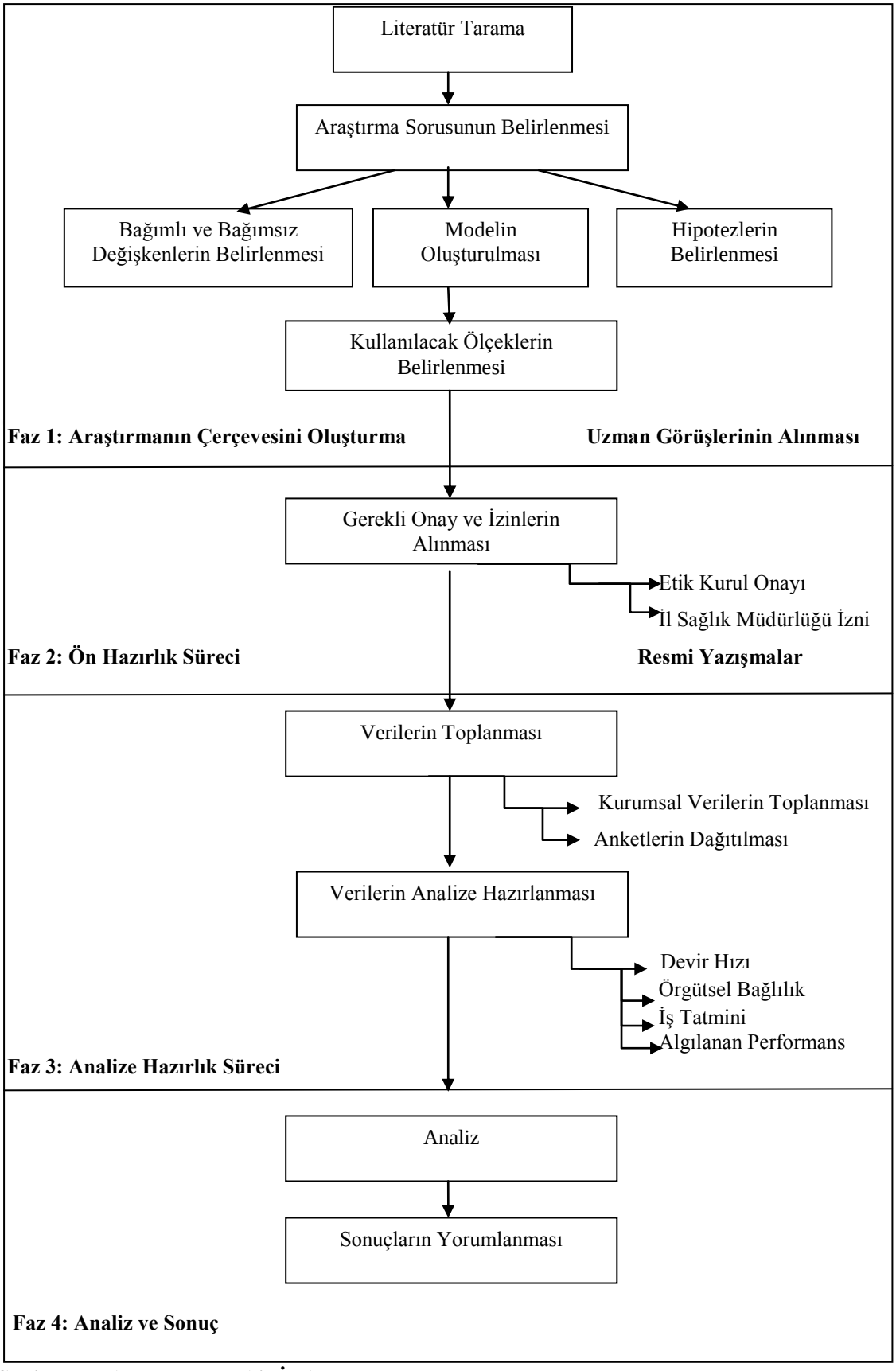
3.2. Araştırmanın İş Akışı

Çalışmada öncelikle literatür taraması yapılmış ve hem dünyada hem de ülkemizde uygulanan sağlık hizmetlerindeki performans uygulamaları değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, çalışmada kurumsal performansı değerlendirmek için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından kamu hastanelerinde yapılan kalite ve verimlilik değerlendirme sonuçları kullanılmasına karar verilmiştir. Ayrıca hastane çalışanlarının kendi kurumları için algıladıkları performans düzeyinin ölçülmesi kararlaştırılmıştır.

Daha sonra personel davranışlarının belirlenmesine yardımcı olacak değişkenler (bağımsız değişkenler) seçilmiştir. Değişkenlerin seçiminde İstanbul Üniversitesi ve Marmara Üniversitesinde görev yapan akademisyenlerle görüşmeler yapılmış ve onların uzman görüşleri değerlendirilmiştir. Bu değişkenler çerçevesinde araştırma modeli kurulmuş, araştırma hipotezleri belirlenmiştir. Bir sonraki aşamada, bağımsız değişkenlerin nasıl ölçüleceği ve hesaplanacağı konusunda yapılan incelemeler sonucunda literatürde sıklıkla kullanılan ve geçerlilik-güvenilirlikleri yüksek ölçekler seçilmiştir. Böylece araştırmanın genel çerçevesi ortaya çıkarılmıştır.

Ön hazırlık fazında araştırmanın yapılacağı hastanelerden izin alınması için gerekli yazışmalar yapılmıştır. Bu kapsamda öncelikle 2018/157 sayılı dosya ile İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kuruluna başvuruda bulunulmuş ve 07.01.2019 tarih 01 sayılı toplantıda alınan karar neticesinde gerekli etik kurul onayı alınmıştır. Daha sonra İstanbul İli Sağlık Müdürlüğüne il genelinde faaliyet gösteren tüm kamu hastanelerinde (53 hastane) çalışma yapılması talebi ile yazılı başvuru yapılmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü'nün 06.05.2019 tarih ve 21476 sayı ile 07.05.2019 tarih ve 21664 sayılı yazılarıyla 38 hastane yönetimi tarafından çalışmaya onay verildiği bildirilmiştir. 15 hastane yönetimi ise iş yoğunluğu, personel eksikliği, ilgili birimde çalışan personelin izinde bulunması nedenleri ile çalışma yapılmasına onay vermemiştir.

Tüm veriler elde edildikten sonra analize hazırlık aşaması ile ham veriler kurumsal düzeye uyarlanacak şekilde analizler yapılmıştır. En nihayetinde ise kurumsal veriler ile araştırmanın modelini oluşturan analizler yapılmıştır. Araştırmanın yöntemi ile ilgili tüm süreç Şekil 3-1'de şematize edilerek gösterilmektedir.



Şekil 13-1: Araştırmaya Ait İş Akışı

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı

Çalışmada kullanılacak veriler bireysel ve kurumsal olarak farklı kaynaklardan toplanmıştır. Örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan performans değişkenlerinin hesaplanması için kullanılacak veriler kişilerden anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmaya katılanlara, örgütsel bağlılık ölçeği, iş tatmini ölçeği, algılanan kurumsal performans ölçeği ve katılımcıya ait demografik ve iş yeri bilgilerinin alındığı dört farklı bölümden meydana gelen ve toplam 59 sorudan oluşan bir anket formu hazırlanmıştır. Anketin birinci bölümünde yer alan sorular çoktan seçmeli veya açık uçlu olarak hazırlanmıştır.

İkinci bölüm altında yer alan Örgütsel Bağlılık Ölçeği: *"Üç Boyutlu Kurumsal Bağlılık Ölçeği"* Allen ve Meyer (1990) tarafından geliştirilmiş olup Wasti (2000) tarafından Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek beşli Likert skalasında olup üç [(i) duygusal bağlılık, (ii) devam bağlılığı ve (iii) normatif bağlılık] alt boyuttan ve toplam on sekiz (18) maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler beşli likert skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum,….,5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek ölçülmektedir. Ölçeğin Cronbach-alpha güvenirlik puanı 0,93 olarak bulunmuştur (Wasti, 2000). Orijinal ölçeğin Cronbach-alfa güvenilirlik puanı ise 0,94 olarak tespit edilmiştir (Meyer ve Allen, 1997).

Üçüncü bölümdeki İş Tatmini Ölçeği: Weiss, Dawis, England ve Lofquist (1967) tarafından geliştirilen Baycan (1985; aktaran, Hoş ve Oksay, 2015) tarafından Türkçeye uyarlanan *"Minnesota İş Tatmini Ölçeği – MIDO"* kullanılmıştır. Ölçek, içsel bağlılık ve dışsal bağlılık olmak üzere iki alt boyutta incelenmektedir. Toplam yirmi dört (20) maddeden oluşmakta ve her bir ifade için beşli likert skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum,….,5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek ölçülmektedir.

Dördüncü bölümde Algılanan Kurumsal Performans Ölçeği: Kim tarafından 2004 yılında geliştirilen ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0{,}87$'dir (Kim, 2004). Ölçek, dış verimliliği (6 ifade) ve iç verimliliği (6 ifade) değerlendirmek üzere toplam on iki (12) ifadeden oluşmaktadır. İfadeler 5'li likert skalasında (1=kesinlikle katılmıyorum,….,5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçeğin kullanımı için Kim'den elektronik posta ile izin alınmıştır. Ölçeğin tercümesi için öncelikle hem Türkçe hem de İngilizce'ye hakim iki farklı akademisyen birbirinden bağımsız şekilde çeviri yapmıştır. Sonrasında uzman görüşleri alınarak ifadeleri en iyi

açıklayan çeviriler seçilmiştir. Bir sonraki aşamada ise 68 kişiye anket uygulanarak pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonucunda Cronbach-alfa güvenilirlik puanı 0,898 tespit edilmiştir.

Anket hem elektronik ortamda (online), hem de basılı kağıt olarak kişilere dağıtılarak yaptırılmıştır. Anketin hastane personeline duyurulmasında yardımcı olmalarının sağlanması için hastane yöneticileri, hastanede görevli eğitim birimi sorumluları ve birim sorumluları ile yüz yüze görüşmeler yapılarak çalışmanın amacı ve önemi anlatılmıştır. Ve elektronik ortamda yapılabilmesi için ankete ulaşılacak bağlantı adresinin tüm birimlerde çalışan personele iletilmesi sağlanmıştır. Neticede anketin duyurulması için;

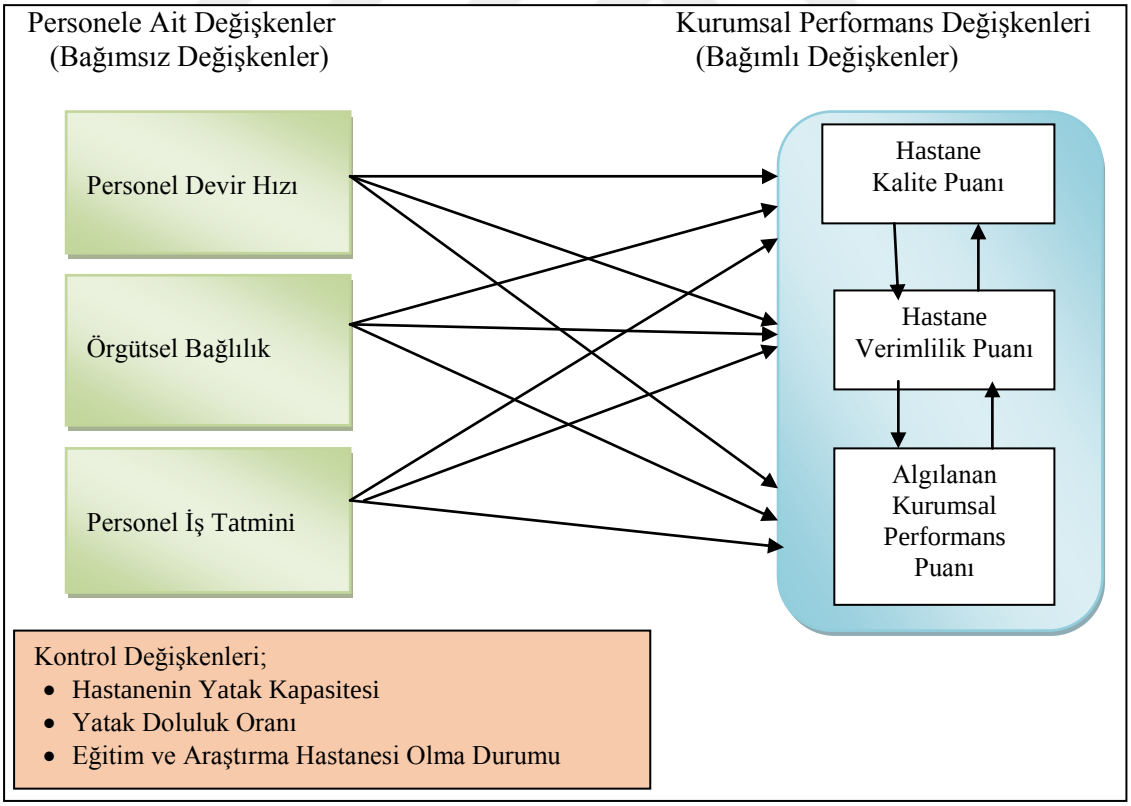
- Çalışanların kişisel elektronik posta adreslerine mail atılmış,
- Hastane yönetimleri tarafından hastane yönetim bilgi sistemi (HBYS) üzerinden duyuru yaptırılmış,
- Bazı hastanelerde tüm personelin cep telefonuna kısa mesaj göndertilmiş,
- Hastane müdürleri tarafından kendilerine bağlı personelin ankete katılımını sağlamaları için çağrı yapmaları sağlanmış,
- Hastane yönetimi ve eğitim birimi sorumluları tarafından hastane çalışanlarına whatsapp grupları aracılığıyla mesaj göndertilmiş,
- Hastanerde personelin görebileceği alanlara çalışma ve anket ile ilgili afişler astırılmış,
- Bazı hastanelerde kağıt anket olarak dağıtılarak personele ulaşılmaya çalışılmıştır.

Personel devir hızı, hastane kurumsal kalite puanı ve hastane verimlilik puanı için kullanılacak veriler İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimlerinden temin edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Modeli

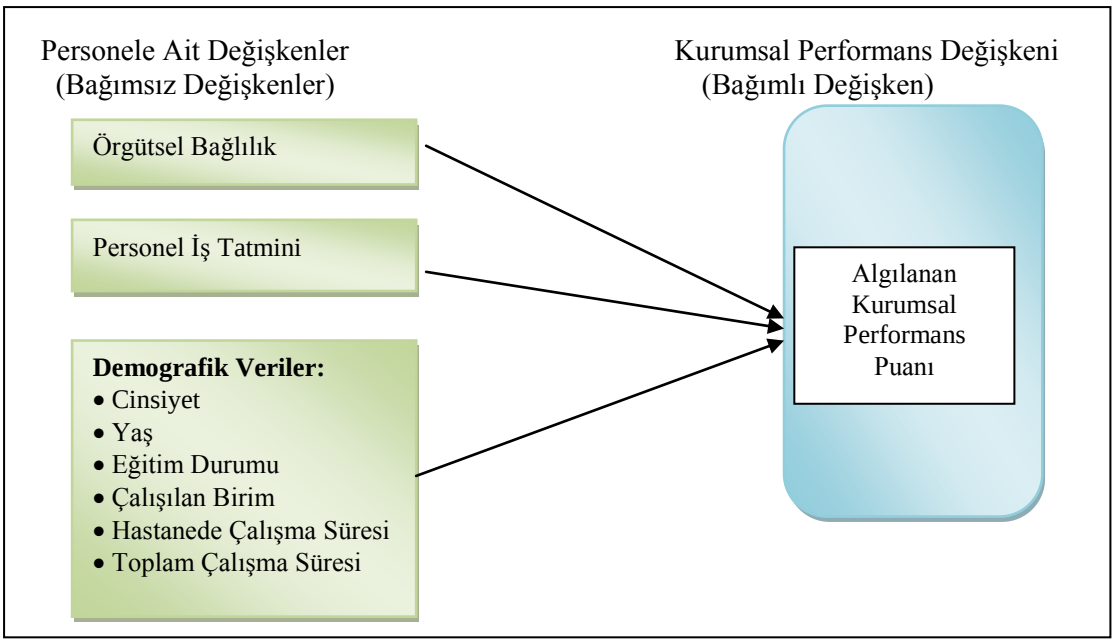
Araştırmada, sağlık sektöründe bir kurumun performansını etkileyebileceği öngörülen personele ait; personel devir hızı, örgütsel bağlılık ve iş tatmini (doyumu) değişkenleri ile kurumsal performans sonuçları (kurumsal kalite, kurumsal verimlilik ve algılanan kurumsal performans sonuçları) arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışma kurumsal boyut ve bireysel boyut olmak üzere iki ayrı model üzerinden kurgulanmıştır. Kurumsal boyutta; her bir hastanede toplam personelin örgütsel bağlılık, iş tatmini (doyumu) ve algılanan kurumsal performans sonuçlarının kurumsal ortalaması alınarak bu değişkenlere ait hastane ana puanları hesaplanmıştır. Ayrıca personel devir hızı hastane geneli için hesaplanmıştır. Personel devir hızı, örgütsel bağlılık ve iş tatmini (doyumu) değişkenleri modelin bağımsız değişkenleridir. Kurumsal kalite, kurumsal verimlilik değerlendirme sonuçları ve algılanan kurumsal performans puanı ise bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenlerin her bir bağımlı değişken üzerinde etkisinin olup olmaması ve etkisi varsa bu etkinin derecesi ve yönünün ne olacağı araştırılmaktadır. Ayrıca bağımlı değişkenlerin de kendi aralarında korelasyon olup olmadığı araştırılmıştır. Analizlerde yatak kapasitesi, yatak doluluk oranı ve eğitim araştırma hastanesi olup olmama durumları kontrol değişkenleri olarak incelenmiştir. Kurumsal boyutta yapılan araştırmaya ait model Şekil 3-2'de gösterilmektedir.



Şekil 3-2: Araştırmanın Modeli (Kurumsal Boyut)

Bireysel boyutta ise; hastanelerde çalışan personelin örgütsel bağlılık ve iş tatmini (doyumu) sonuçları bireysel olarak hesaplanmış ve yine bireysel olarak hesaplanan algılanan performans puanı ile karşılaştırılarak analize tabi tutulmuştur. Bağımsız değişkenler ile algılanan kurumsal performans puanları arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Ayrıca demografik veriler olan cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışılan birim, hastanede çalışma süresi ve toplam çalışma süresi ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Bireysel boyutta yapılan analizlere dair model Şekil 3-3'de gösterildiği üzere oluşturulmuştur.



Şekil 3-3: Araştırmanın Modeli (Bireysel Boyut)

3.5. Araştırma Sorusu ve Hipotezler

Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri, boyutları ve modelleri kurgulandıktan sonra araştırma sorusu "hastanede çalışan personelin iş tutumlarının hastanenin kurumsal performansı üzerine etkisi var mıdır?" olarak belirlenmiştir.

Araştırma sorusu çerçevesinde çalışmaya ait hipotezler geliştirilmiştir. Bu hipotezler aşağıda sıralanmaktadır;

Hipotez 1: Hastanenin personel devir hızının yüksek olması, kalite puanını etkiler.

Hipotez 2: Hastanenin örgütsel bağlılık düzeyinin düşük olması, kalite puanını etkiler.

Hipotez 3: Hastanenin personel iş tatmini düzeyinin düşük olması, kalite puanını etkiler.

Hipotez 4: Hastanenin personel devir hızının yüksek olması, verimlilik puanını etkiler.

Hipotez 5: Hastanenin örgütsel bağlılık düzeyinin düşük olması, verimlilik puanını etkiler.

Hipotez 6: Hastanenin personel iş tatmini düzeyinin düşük olması, verimlilik puanını etkiler.

Hipotez 7: Hastanenin personel devir hızının yüksek olması algılanan kurumsal performans puanını etkiler.

Hipotez 8: Hastanenin örgütsel bağlılık düzeyinin düşük olması algılanan kurumsal performans puanını etkiler.

Hipotez 9: Hastanenin personel iş tatmini düzeyinin düşük olması algılanan kurumsal performans puanını etkiler.

Hipotez 10: Personelin örgütsel bağlılık düzeyleri ile algılanan kurumsal performans arasında ilişki vardır.

Hipotez 11: Personelin iş tatmini düzeyleri ile algılanan kurumsal performans arasında ilişki vardır.

3.6. Örneklem

Yapılan çalışmalarda hata marjının %5 (%95 güven düzeyi) olması için ana kütle büyüklüğü 100.000 olduğunda örnek büyüklüğü 383 olarak belirlenmektedir. %2 hata marjında ise 2.345 kişi örneklem büyüklüğünü oluşturmaktadır (Gegez, 2010, s225). Araştırmada yer alan hastanelerde çalışmaya alınabilecek toplam personel sayısı (evren) 45.215 kişidir. Bu kapsamda örneklem hacmi minimum 383 kişi olarak tespit edilmiştir. Çalışmada 3.596 kişi ile anket yapılmış olup, hata marjı %2'dir.

Araştırma kapsamında anketler İstanbul Sağlık Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren otuz sekiz (38) kamu hastanesinde uygulanmıştır (Ek: 1). Hastanelerde çalışan yöneticiler (başhekim, sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali işler müdürü, destek ve kalite hizmetleri müdürü ve yardımcıları), sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe, diş hekimi, sağlık lisansiyeri, sağlık teknikeri/teknisyeni), idari personel (memur, teknik hizmetler personeli) ve destek hizmetler personeli (veri giriş, temizlik, güvenlik, klinik destek, hasta karşılama-yönlendirme, yemekhane personeli) çalışma kapsamına

alınmıştır. Diğer yandan hastanelerde fiili olarak staj yapan öğrenciler hastane personeli olmamaları ve tam zamanlı olarak hastanede hizmet vermedikleri gerekçesiyle çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışmada kullanılan anket, Nisan- Haziran 2019 tarihleri arasında kişilere elden dağıtılarak ve online olarak paylaşılarak cevaplamaları istenmiştir. Daha sonra tüm anketler uygunlukları açısından değerlendirilmiştir. Elektronik ortamda ve elden dağıtılarak yaptırılan anketlerin toplam sayısı 3.630 tanedir, ancak mükerrer doldurulan ve öğrenciler tarafından yapıldığı tespit edilen 52 anket (2 anket öğrenciler tarafından yapılmıştır, 50 kere mükerrer online anket doldurulmuştur) analize dahil edilmemiştir. Neticede araştırmada 3.596 anket üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya ait analizler SPSS Statistics Versiyon 22 programı ile analiz edilmiştir. Çalışmada değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmek üzere çoklu regresyon analizi, basit regresyon analizi, Student T testi, ANOVA, korelasyon analizi uygulanmıştır.

3.7. Araştırmada Kullanılan Verilere Dair Bilgiler

Çalışmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler için yapılan hesaplamalar şu şekilde açıklanmaktadır;

Bağımsız Değişkenler;

- Personel devir hızı için 01 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında kayıtları tutulan insan kaynakları verileri kullanılarak hesaplama yapılmıştır.
- Örgütsel bağlılığın belirlenmesi için hastanede çalışanlara anket uygulanarak, hem bireysel ortalamalar hem de her hastane için ayrı ayrı ortalama hastane puanı hesaplanmıştır.
- İş tatmininin belirlenmesi için hastanede çalışanlara anket uygulanarak, hem bireysel ortalamalar hem de her hastane için ayrı ayrı ortalama hastane puanı hesaplanmıştır.

Bağımlı Değişkenler;

- Hastane kalite puanı için, 2019 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yıllık değerlendirme sonuçları kullanılmıştır.

- Hastane verimlilik puanı için, 2019 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yıllık değerlendirme sonuçları kullanılmıştır.
- Algılanan kurumsal performansın belirlenmesi için hastanede çalışanlara anket uygulanarak, bireysel bazlı ve her hastane bazlı olacak şekilde ayrı şekilde ortalama puanları hesaplanmıştır.

Kontrol Değişkenleri;

- Yatak sayısı için; hastanelerin toplam tescilli yatak sayıları (yoğun bakım yatağı dahil) İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimlerinden temin edilmiştir.
- Yatak doluluk oranları için, 2018 yılı verileri kullanılmıştır. Hastanede toplam yatılan gün sayısı, ilgili dönemdeki gün sayısı (365 gün) ve hastanenin toplam yatak sayısı verileri ile yıl ortalaması hesaplanmıştır.
- Hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olması veya devlet hastanesi olması durumuna göre sınıflandırma yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma İstanbul İli genelinde 38 kamu hastanesinde yapılmıştır. Bu nedenle tüm ülke çapında genelleme yapılamayabilir.

Hastanelerde çalışan tüm personele ulaşılmaya çalışılmış, bu kapsamda hastane yönetimlerinden destek alınarak duyurular yapılmıştır. Tekrarlanan duyurulara rağmen anket doldurulması gönüllülük esasına dayandığı için sınırlı sayıda kişi tarafından anket doldurulmuştur.

Personel devir hızının hesaplaması için 2019 yılına ait veriler elde edilemediğinden en yakın tarih olan 2018 yılına ait veriler kullanılmıştır.

T. C. Sağlık Bakanlığı tarafından verimlilik ve kalite değerlendirilmesi yapılmayan iki hastane bu değişkenler ile yapılan analizlere dahil edilememiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Araştırmada hastanelerde görev yapan tüm personele örgütsel bağlılık, iş tamini ve algılanan kurumsal performans düzeylerini belirlemek üzere anket uygulanmıştır. Ankette ayrıca katılımcıların demografik özellikleri ve iş yeri ile ilgili bilgilerden oluşan dokuz soru yer almaktadır. Anketlerin sonucunda elde edilen veriler ışığında araştırmaya katılanların demografik özellikleri ve iş yeri ile ilgili bilgiler bu bölümde yer alan tablolar ve grafikler ile açıklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlar yaş dağılımı açısından incelendiğinde (Tablo 4-1), ortalama yaş 33,42 yıl (SS= 8,34) olarak tespit edilmiştir. En fazla katılımcı bulunan grubun 29 yaş ve altında (%40) olduğu görülmektedir. Bu yaş grubu içerisindeki 11 kişinin 20 yaşın altında olduğu tespit edilmiştir. İkinci sırada 30-39 yaş arasında yer alan katılımcı grubu (%36,2) yer almaktadır. 40 yaş ve üzeri katılımcıların sayısı ise 857 kişi (% 23,8) olarak tespit edilmiştir. 40 yaş ve üzeri katılımcılardan 162'sini 50 yaş ve üzerinde çalışanlar oluşturmaktadır. Bu bağlamda araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun genç ve orta yaş katılımcılardan oluştuğu söylenebilir.

Tablo 4-1: Araştırmaya Katılanların Yaş Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
29 yaş ve altı	1437	40
30-39 yaş arası	1302	36,2
40 yaş ve üstü	857	23,8
Toplam	**3596**	**100**

Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımı açısından incelemesi yapıldığında; büyük çoğunluğunun kadınlardan (%64,6) oluştuğu görülmektedir. Kadın katılımcılar toplam katılımcıların yaklaşık 2/3'ünü oluşturmaktadır. Cinsiyet dağılımına ilişkin veriler Tablo 4-2'de gösterilmektedir.

Tablo 4-2: Araştırmaya Katılanların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	2323	64,6
Erkek	1273	35,4
Toplam	**3596**	**100**

Araştırmaya katılanların toplam çalışma süreleri incelendiğinde (Tablo 4-3); ortalama çalışma süresi 12 yıl (SS=8,7) olarak tespit edilmiştir. Çalışma süreleri 3 grup altında dağıtıldığında ise, 1862 katılımcı ile toplam katılımcı arasından % 51,7 oranında kişinin 10 yıl ve daha az toplam çalışma süresine sahip oldukları görülmektedir. Bu grup içerisinde 97 kişi 1 yıldan daha az çalışma deneyimine sahiptirler. Toplam çalışma süresi açısından en düşük yoğunluğu (%17,3) 21 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olanlar oluşturmaktadır. Bu grup içinde 103 kişi (%2,9) 31 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4-3:Araştırmaya Katılanların Toplam Çalışma Süreleri Dağılımı

Toplam Çalışma Süresi		**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
	10 yıl ve daha az	1862	51,7
	11-20 yıl arası	1113	31,0
	21 yıl ve üstü	621	17,3
Toplam		**3596**	**100**

Kişilerin şu anda görev yaptıkları hastanede çalışma süreleri incelendiğinde ortalama çalışma süresi 6 yıl (SS=5,9) olarak tespit edilmiştir. 1-5 yıl arası çalışma süresi olan katılımcıların neredeyse tüm katılımcıların yarısına (%50,2) eşit olduğu görülmektedir. 11 yıl ve üstü çalışma süresine sahip olan kişilerin %3,2'sini 21 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olan çalışanların oluşturduğu tespit edilmiştir. Tablo 4-4'de kurumda çalışma sürelerine dair veriler gösterilmektedir.

Tablo 4-4: Araştırmaya Katılanların Kurumda Çalışma Süreleri Dağılımı

Kurumda Çalışma Süresi		**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
	1 yıldan az	435	12,1
	1-5 yıl arası	1805	50,2
	6-10 yıl arası	719	20,0
	11 yıl ve üstü	637	17,7
Toplam		**3596**	**100**

Unvanlar açısından bazı meslekler hizmet sınıfları göz önünde bulundurularak ana gruplar altında incelenmiştir. Sağlık lisansiyeri grubu altında sosyal çalışmacı, psikolog, diyetisyen, eczacı gibi 4 yıllık okul mezunu meslek grupları yer almaktadır. Sağlık teknikeri/teknisyeni grubu altında acil tıp teknisyeni, laboratuar, anestezi, radyoloji bölümleri gibi meslek lisesi veya 2 yıllık yüksek okul mezunu çalışanlar yer

almaktadır. Memur grubu altında veri hazırlama kontrol işletmeni, tıbbi dokümantasyon vb. genel hizmetler sınıfında yer alan kadrosu memur olan personel yer almaktadır. Teknik hizmetler grubu altında ise elektrik, elektronik, biyomedikal vb. teknik bölümlerinden mezun olmuş teknisyen/tekniker/mühendisler bulunmaktadır.

Unvan açısından katılımcı sayıları incelendiğinde (Tablo 4-5); araştırmada en fazla katılımcı hemşirelerden (%39,2), daha sonrasında doktor (%13,9) ve üçüncü sırada ise veri giriş veya hasta yönlendirme personelinden (%11) meydana geldiği tespit edilmiştir. En az katılımcı diş hekimi grubundan oluşmaktadır. Bunun nedeni ise diş hekimliği hizmetlerinin ağız ve diş sağlığı merkezlerinde uygulanması, bu hastanelerde diş hekimlerinin çok fazla görevlendirilmemesi olarak değerlendirilebilir (bu çalışmada ağız ve diş sağlığı merkezleri kapsama alınmamıştır). Diğer yandan ise yönetim hizmetleri altında görev yapan başhekim, idari ve mali işler müdürleri, sağlık bakım hizmetleri müdürleri, destek ve kalite hizmetleri müdürleri ve yardımcılarının da katılım açısından çok az sayıda olmaları göze çarpan bir diğer husustur.

Tablo 4-5:Araştırmaya Katılanların Unvanlara Göre Dağılımı

Unvan	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Başhekim ve Başhekim Yardımcıları	12	0,3
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Yardımcıları	30	0,8
İdari ve Mali İşler Müdürü ve Yardımcıları	24	0,7
Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü ve Yardımcıları	5	0,1
Doktor	499	13,9
Diş Hekimi	3	0,1
Hemşire	1408	39,2
Ebe	131	3,6
Sağlık Lisansiyeri	110	3,1
Sağlık Teknikeri /Teknisyeni	297	8,3
Memur	115	3,2
Temizlik veya Klinik Destek Personeli	325	9
Güvenlik Personeli	156	4,3
Veri Giriş veya Hasta Karşılama-Yönlendirme Personeli	396	11
Yemekhane Personeli	13	0,4
Teknik Hizmetler	58	1,6
Diğer	14	0,4
Toplam	**3596**	**100,0**

Araştırmaya katılanların hastane içinde çalıştıkları birimler yapılan işin niteliğine ve birimlerin özelliğine göre yönetim hizmetleri, tıbbi hizmetler, idari ve mali hizmetler ve destek hizmetleri olarak kategorize edilmiştir. Tıbbi hizmetlere bağlı birimler direk olarak hastaya tıbbi müdehale edilen klinikler, poliklinikler, ameliyathane, yoğun bakım, vb. birimler olarak belirlenmiştir. İdari ve mali hizmetlerin altında bulunan birimlerde ise hasta ve hasta yakınına tıbbi müdehalede bulunulmayan maaş birimi, gelir-gider birimleri, satın alma, vb. birimler olarak belirlenmiştir. Yönetim hizmetleri olarak kategorize edilen grupta hastanelerde üst ve orta kademe yöneticilik pozisyonlarında (başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı, birim sorumlusu) çalışan personeller yer almaktadır. Destek hizmetleri altında gruplandırılan birimler ise temizlik, güvenlik, hasta karşılama, yemekhane, vb. gibi hizmetlerin yürütüldüğü birimlerden oluşmaktadır. Bu gruplar açısından incelendiğinde en fazla katılımcı tıbbi birimlerde çalışanlardan (%64,3) oluşmaktadır. Görev yapılan birimlere göre dağılım Tablo 4-6'da gösterilmektedir.

Tablo 4-6: Araştırmaya Katılanların Görev Yaptıkları Birimlere Göre Dağılımı

Birim	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Yönetim Hizmetleri	87	2,4
İdari ve Mali Hizmetler	249	6,9
Tıbbi Hizmetler	2311	64,3
Destek Hizmetleri	949	26,4
Toplam	**3596**	**100**

Katılımcıların öğrenim durumları açısından dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-7); en yüksek grubun 4 yıllık lisans programı mezunu olan katılımcılardan (%39,8) meydana geldiği görülmektedir. Lise ve altı mezuniyet derecesine sahip olanlar kendi içinde incelendiğinde 265 kişinin ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu görülmüştür. Yüksek lisans veya doktora mezunu olan kişiler ise kendi aralarında incelendiğinde 296 kişinin tıp fakültesi mezunu olduğu ve 22 kişinin ise tıp fakültesi hariç yapılan doktora eğitiminde mezun olan katılımcılardan oluştuğu görülmüştür.

Tablo 4-7:Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lise ve altında okul mezunu	837	23,3
2 yıllık önlisans programı mezunu	462	12,8
4 yıllık lisans programı mezunu	1433	39,8
Yüksek lisans veya doktora mezunu	864	24,1
Toplam	**3596**	**100**

Araştırmaya katılan kişilerin şu anda görev yaptıkları hastaneler açısından dağılımları incelendiğinde (Tablo 4-8); en fazla katılımcının %6,8 oranı ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ve daha sonra %5,4 oranı ile Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinden çalışmaya katılım sağladığı görülmektedir. İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesinden ise sadece 6 kişinin çalışmaya katılması nedeniyle bu sağlık tesisinin hastane bazlı analizlere dahil edilmemesine karar verilmiştir.

Tablo 4-8:Araştırmaya Katılanların Görev Yaptıkları Hastanelere Göre Dağılımı

Hastane Adı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bağcılar EAH	194	5,4
Bahçelievler Devlet Hastanesi	103	2,9
Başakşehir Devlet Hastanesi	56	1,6
Beykoz Devlet Hastanesi	142	3,9
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	68	1,9
Beyoğlu Göz EAH	22	0,6
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	49	1,4
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	55	1,5
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	26	0,7
Erenköy Ruh ve Sinir EAH	82	2,3
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	105	2,9
Fatih Sultan Mehmet EAH	103	2,9
Haseki EAH	99	2,8
Haydarpaşa Numune EAH	97	2,7
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	133	3,7
İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi	6	0,2
Kağıthane Devlet Hastanesi	45	1,3
Kanuni Sultan Süleyman EAH	139	3,9
Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	84	2,3
Maltepe Devlet Hastanesi	64	1,8

Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH	164	4,6
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	245	6,8
Murat Kölük Devlet Hastanesi	44	1,2
Okmeydanı EAH	123	3,4
Pendik Devlet Hastanesi	54	1,5
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH	179	5,0
Silivri Devlet Hastanesi	20	0,6
Sultan Abdulhamid Han EAH	77	2,1
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	177	4,9
Şile Devlet Hastanesi	25	0,7
Hamidiye Şişli Etfal EAH	112	3,1
Taksim EAH	171	4,8
Tuzla Devlet Hastanesi	107	3,0
Ümraniye EAH	164	4,6
Üsküdar Devlet Hastanesi	65	1,8
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	62	1,7
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	49	1,4
Zeynep Kamil EAH	86	2,4
Toplam	**3596**	**100**

4.2. Bağımsız Değişkenlere Ait Ön Analizler

Bu bölümde araştırmanın bağımsız değişkenleri (örgütsel bağlılık, iş tatmini ve personel devir hızı) ve bağımlı değişkenlerinden algılanan kurumsal performans ile ilgili ön analizlere ait bulgular verilmektedir. Örgütsel bağlılık, iş tatmini ve algılanan kurumsal performans ölçeklerinin güvenilirlik testi sonuçları hesaplanmış ve daha sonrasında bu ölçeklere ait hastane ortalama puanları tespit edilmiştir. Personel devir hızı ile ilgili hesaplamalarda her hastaneye ait toplam personelin yıllık devir hızı belirlenmiştir.

4.2.1. Örgütsel Bağlılık Ölçeğine Ait Bulgular

Örgütsel bağlılık ölçeğinin güvenilirliğini test etmek üzere hem araştırmaya katılan toplam personel sayısı üzerinden hem de hastaneleri ayrı ayrı ele alarak Cronbach's Alpha Testi yapılmıştır. Toplam personelin sonuçlarını değerlendiren Cronbach's Alpha test sonucu 0,913 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-9). Cronbach's Alpha katsayısı 0,7'nin üzerinde olması ölçeğin güvenilirliğinin iyi olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2016). Bu kapsamda örgütsel bağlılık düzeyinin tespit edilmesi için kullanılan ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 4-9: Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Güvenilirliği

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	n
0,912	0,913	18

Katılımcıların hastaneler açısından ayrıştırılması sonucunda yapılan Cronbach's Alpha test sonuçları Tablo 4-10'dagösterilmektedir. Görüldüğü üzere hastanelerin ayrı ayrı değerlendirilmesi ile de güvenilirlik sonuçları genel olarak yüksek tespit edilmiştir. Cronbach's Alpha test sonuçları 0,662-0,950 arasında seyretmektedir. Sadece Silivri Devlet Hastanesine ait örgütsel bağlılık ölçeğinin güvenilirlik düzeyi 0,662 sonucu ile orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4-10: Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Hastanelere Göre Güvenilirlik Test Sonuçları

Hastane Adı	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items
Bağcılar EAH	0,915	0,917
Bahçelievler Devlet Hastanesi	0,933	0,932
Başakşehir Devlet Hastanesi	0,897	0,897
Beykoz Devlet Hastanesi	0,930	0,931
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	0,914	0,915
Beyoğlu Göz EAH	0,915	0,921
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	0,903	0,905
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	0,885	0,887
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	0,906	0,909
Erenköy Ruh ve Sinir EAH	0,881	0,884
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	0,950	0,951
Fatih Sultan Mehmet EAH	0,904	0,906
Haseki EAH	0,893	0,895
Haydarpaşa Numune EAH	0,900	0,902
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0,938	0,938
Kağıthane Devlet Hastanesi	0,928	0,929
Kanuni Sultan Süleyman EAH	0,879	0,880
Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	0,932	0,933
Maltepe Devlet Hastanesi	0,858	0,858
Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hast. EAH	0,906	0,907
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	0,929	0,929
Murat Kölük Devlet Hastanesi	0,893	0,890

Okmeydanı EAH	0,874	0,875
Pendik Devlet Hastanesi	0,924	0,924
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH	0,900	0,902
Silivri Devlet Hastanesi	0,624	0,620
Sultan Abdulhamid Han EAH	0,859	0,858
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	0,907	0,908
Şile Devlet Hastanesi	0,911	0,914
Hamidiye Etfal EAH	0,888	0,889
Taksim EAH	0,873	0,877
Tuzla Devlet Hastanesi	0,891	0,893
Ümraniye EAH	0,899	0,899
Üsküdar Devlet Hastanesi	0,925	0,925
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	0,898	0,895
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	0,940	0,942
Zeynep Kamil EAH	0,892	0,894

Örgütsel bağlılık ölçeğinin kurumsal boyuttaki analizlerde kullanımı için 5'li likert tipi ifadelerin bireysel aritmetik ortalamaları alınmış, daha sonra bu ortalamalardan kurumsal puanı elde etmek üzere hastanelerin ortalaması hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar sonucunda elde edilen hastane ortalaması, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri açıklayan Tablo 4-11'de gösterilmektedir. Tabloda örgütsel bağlılık ölçeğinin toplam puanı yanı sıra duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık alt boyutlarının hastane ortalamaları ve standart sapmaları da gösterilmektedir.

Örgütsel bağlılık düzeyi 3'ün altında olan toplam 9 hastane bulunmaktadır. En düşük düzeyin görüldüğü hastane İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ort=2,68, SS=0,96) olarak tespit edilmiştir. Diğer yandan en yüksek örgütsel bağlılık ortalamasının Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (ort=3,64, SS=0,90) olduğu görülmektedir.

Tablo 4-11: Hastanelere Göre Örgütsel Bağlılık Ortalamaları

Hastane Adı	Örgütsel Bağlılık (Toplam)					Duygusal Bağlılığı		Devamlılık Bağlılık		Normatif Bağlılığı	
	n	Ort.	St Sapma	Min.	Max.	Ort.	St Sapma	Ort.	St Sapma	Ort.	St Sapma
Bağcılar EAH	194	3,331	0,859	1	5	3,575	1,067	3,230	0,910	3,188	1,074
Bahçelievler Devlet Hastanesi	103	2,795	0,967	1,1	5	2,916	1,232	2,892	0,905	2,578	1,165
Başakşehir Devlet Hastanesi	56	3,312	0,809	1,6	5	3,795	1,042	3,036	0,991	3,104	1,062
Beykoz Devlet Hastanesi	142	3,434	0,888	1	5	3,771	1,049	3,266	0,922	3,264	1,111
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	68	2,998	0,834	1,2	5	3,150	1,132	2,995	0,827	2,851	1,056
Beyoğlu Göz EAH	22	3,356	0,794	1,6	4,9	3,796	0,993	3,076	0,974	3,197	1,059
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	49	3,101	0,764	1,4	4,7	3,418	1,106	2,942	0,717	2,942	0,970
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	55	3,158	0,77	1,1	4,9	3,479	0,970	3,130	0,827	2,864	1,085
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	26	3,184	0,765	1,7	4,5	3,724	1,039	2,712	0,858	3,115	0,998
Erenköy Ruh ve Sinir EAH	82	3,185	0,724	1,6	5	3,561	0,959	3,014	0,777	2,980	0,978
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	105	3,344	1,015	1,2	5	3,564	1,133	3,135	1,054	3,335	1,179
Fatih Sultan Mehmet EAH	103	3,35	0,822	1,4	5	3,712	1,126	3,024	0,880	3,314	1,070
Haseki EAH	99	3,231	0,768	1,3	5	3,460	1,038	3,106	0,802	3,128	0,951
Haydarpaşa Numune EAH	97	3,112	0,733	1	4,8	3,436	0,967	3,024	0,834	2,876	0,947
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	133	2,684	0,959	1	5	2,866	1,222	2,763	1,031	2,422	1,095
İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hast. Hastanesi	6	3,259	0,836	1,8	4,2	4,167	1,130	2,417	0,808	3,194	1,152
Kağıthane Devlet Hastanesi	45	3,349	0,846	1,3	5	3,752	0,995	3,074	0,839	3,222	1,055
Kanuni Sultan Süleyman EAH	139	2,753	0,77	1	5	2,872	1,141	2,933	0,842	2,454	0,895

Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	84	3,641	0,9	1,4	5	4,002	1,073	3,304	1,004	3,617	1,063
Maltepe Devlet Hastanesi	64	2,976	0,612	1,9	4,3	3,198	0,932	2,984	0,759	2,745	0,835
Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hast. EAH	164	3,254	0,827	1	5	3,747	1,029	2,955	0,935	3,061	1,019
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	245	3,227	0,925	1,1	5	3,478	1,101	3,119	0,952	3,084	1,178
Murat Kölük Devlet Hastanesi	44	3,067	0,832	1,2	4,8	3,314	1,253	2,977	0,863	2,909	0,983
Okmeydanı EAH	123	2,934	0,744	1	4,8	3,203	1,069	2,946	0,837	2,653	0,992
Pendik Devlet Hastanesi	54	3,367	0,834	1,3	5	3,583	1,034	3,247	0,748	3,272	1,052
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH	179	2,862	0,804	1	5	3,103	1,149	2,829	0,834	2,653	0,988
Silivri Devlet Hastanesi	20	2,756	0,454	2	3,4	3,208	0,836	2,742	0,808	2,317	0,870
Sultan Abdulhamid Han EAH	77	3,056	0,67	1,2	4,6	3,305	1,093	2,998	0,714	2,864	0,832
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	177	3,184	0,876	1	5	3,433	1,206	3,057	0,895	3,060	1,104
Şile Devlet Hastanesi	25	3,402	0,76	1,7	4,9	3,787	0,983	3,187	0,880	3,233	0,895
Hamidiye Etfal EAH	112	3,002	0,761	1,3	4,9	3,216	1,067	2,935	0,721	2,856	0,981
Taksim EAH	171	3,089	0,719	1,6	5	3,389	0,938	2,909	0,780	2,970	0,999
Tuzla Devlet Hastanesi	107	3,2	0,712	1,2	5	3,430	0,865	3,129	0,803	3,042	0,935
Ümraniye EAH	164	3,16	0,797	1,4	5	3,360	1,078	3,060	0,813	3,059	1,076
Üsküdar Devlet Hastanesi	65	2,955	0,886	1	4,7	3,228	1,213	2,956	0,896	2,680	1,028
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	62	3,058	0,811	1,4	4,7	3,422	1,165	2,944	0,756	2,809	1,104
Yedikule Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH	49	3,375	0,94	1,6	5	3,755	1,110	3,088	0,935	3,282	1,164
Zeynep Kamil EAH	86	3,076	0,824	1,2	4,6	3,430	1,127	2,812	0,833	2,986	1,129

4.2.2. İş Tatmini Ölçeğine Ait Bulgular

İş tatmini ölçeğinin güvenilirliğini test etmek üzere hem araştırmaya katılan toplam personel sayısı üzerinden, hem de hastaneleri ayrı ayrı ele alarak Cronbach's Alpha Testi yapılmıştır. Toplam personelin sonuçlarını değerlendiren Cronbach's Alpha test sonucu 0,934 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-12). Cronbach's Alpha katsayısı 0,7'nin üzerinde olması ölçeğin güvenilirliğinin iyi olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2016). Bu kapsamda iş tatmini düzeyinin tespit edilmesi için kullanılan ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 4-12: İş Tatmini Ölçeğinin Güvenilirliği

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	n
0,934	0,934	20

Hastanelerde uygulanan anketler ayrıştırılarak yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha test sonuçları Tablo 4-13'de gösterilmektedir. Görüldüğü üzere hastanelerin ayrı ayrı değerlendirilmesi ile de güvenilirlik sonuçları yüksek tespit edilmiştir. Cronbach's Alpha test sonuçları 0,900-0,953 arasında seyretmektedir.

Tablo 4-13: İş Tatmini Ölçeğinin Hastanelere Göre Güvenilirlik Test Sonuçları

Hastane Adı	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items
Bağcılar EAH	0,926	0,927
Bahçelievler Devlet Hastanesi	0,946	0,946
Başakşehir Devlet Hastanesi	0,945	0,945
Beykoz Devlet Hastanesi	0,931	0,932
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	0,935	0,935
Beyoğlu Göz EAH	0,936	0,938
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	0,924	0,924
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	0,938	0,937
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	0,923	0,931
Erenköy Ruh ve Sinir EAH	0,919	0,920
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	0,948	0,948
Fatih Sultan Mehmet EAH	0,939	0,938
Haseki EAH	0,940	0,939

Haydarpaşa Numune EAH	0,905	0,903
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0,939	0,938
Kâğıthane Devlet Hastanesi	0,923	0,925
Kanuni Sultan Süleyman EAH	0,925	0,925
Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	0,927	0,930
Maltepe Devlet Hastanesi	0,924	0,924
Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hast. EAH	0,950	0,950
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	0,946	0,946
Murat Kölük Devlet Hastanesi	0,939	0,937
Okmeydanı EAH	0,912	0,913
Pendik Devlet Hastanesi	0,933	0,936
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH	0,922	0,920
Silivri Devlet Hastanesi	0,946	0,943
Sultan Abdulhamid Han EAH	0,901	0,902
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	0,935	0,936
Şile Devlet Hastanesi	0,947	0,946
Hamidiye Şişli Etfal EAH	0,934	0,935
Taksim EAH	0,908	0,909
Tuzla Devlet Hastanesi	0,903	0,903
Ümraniye EAH	0,945	0,946
Üsküdar Devlet Hastanesi	0,919	0,919
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	0,922	0,923
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	0,949	0,949
Zeynep Kamil EAH	0,936	0,936

İş tatmini ölçeğinin kurumsal boyuttaki analizlerde kullanımı için 5'li likert tipi ifadelerin bireysel aritmetik ortalamaları alınmış, daha sonra bu ortalamalardan kurumsal puanı elde etmek üzere hastanelerin ortalaması hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar sonucunda elde edilen hastane ortalaması, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri açıklayan Tablo 4-14'de gösterilmektedir. Tabloda ölçeğinin toplam puanı yanı sıra içsel dışsal tatmin alt boyutlarının hastane ortalamaları ve standart sapmaları da gösterilmektedir.

İş tatmini ortalaması 3'ün altında bulunan tek hastane Silivri Devlet Hastanesi (ort=2,94, SS=0,93)'dir. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ort=3,69, SS=0,79) en yüksek iş tatmini ortalamasına sahip hastane olarak tespit edilmiştir. İkinci en yüksek ortalamaya sahip hastane Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesidir (ort=3,68, SS=0,68).

Tablo 4-14: Hastanelere Göre İş Tatmini Ortalamaları

Hastane Adı	İş Tatmini (Toplam)					İçsel İş Tatmini		Dışsal İş Tatmini	
	n	Ort.	St Sapma	Min.	Max.	Ort.	St Sapma	Ort.	St Sapma
Bağcılar EAH	194	3,484	0,787	1,1	5	3,634	0,760	3,260	0,991
Bahçelievler Devlet Hastanesi	103	3,107	0,963	1	5	3,335	0,985	2,765	1,111
Başakşehir Devlet Hastanesi	56	3,449	0,903	1,1	5	3,537	0,975	3,317	1,002
Beykoz Devlet Hastanesi	142	3,617	0,788	1,2	5	3,794	0,767	3,350	0,976
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	68	3,397	0,826	1	4,6	3,559	0,827	3,154	0,977
Beyoğlu Göz EAH	22	3,639	0,738	2,3	5	3,724	0,738	3,511	0,775
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	49	3,385	0,728	1,6	5	3,597	0,674	3,066	0,976
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	55	3,344	0,864	1,2	5	3,533	0,826	3,059	1,087
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	26	3,679	0,675	2,6	5	3,750	0,716	3,572	0,706
Erenköy Ruh ve Sinir EAH	82	3,454	0,749	2	4,9	3,733	0,767	3,035	0,902
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	105	3,51	0,867	1	5	3,626	0,855	3,336	0,997
Fatih Sultan Mehmet EAH	103	3,516	0,867	1	5	3,612	0,860	3,373	1,009
Haseki EAH	99	3,478	0,822	1,2	5	3,619	0,809	3,268	0,963
Haydarpaşa Numune EAH	97	3,414	0,656	1,5	5	3,607	0,638	3,126	0,844
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	133	3,12	0,864	1	5	3,363	0,864	2,755	1,022
İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hast. Hastanesi	6	3,542	1,062	1,9	4,8	3,764	1,049	3,208	1,180
Kağıthane Devlet Hastanesi	45	3,628	0,737	2,5	5	3,796	0,745	3,375	0,853
Kanuni Sultan Süleyman EAH	139	3,152	0,824	1	5	3,406	0,880	2,772	0,968
Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	84	3,676	0,783	1,7	5	3,767	0,802	3,539	0,914
Maltepe Devlet Hastanesi	64	3,12	0,689	1,5	4,8	3,268	0,720	2,898	0,840

Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hast. EAH	164	3,511	0,902	1,2	5	3,689	0,891	3,245	1,052
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	245	3,442	0,878	1,1	5	3,581	0,857	3,234	1,033
Murat Kölük Devlet Hastanesi	44	3,311	0,937	1,3	4,8	3,534	0,898	2,977	1,170
Okmeydanı EAH	123	3,32	0,744	1,4	5	3,557	0,773	2,964	0,914
Pendik Devlet Hastanesi	54	3,643	0,781	2	5	3,764	0,762	3,461	0,931
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH	179	3,266	0,805	1	4,8	3,460	0,815	2,974	0,959
Silivri Devlet Hastanesi	20	2,94	0,934	1,5	4,4	3,125	0,870	2,663	1,130
Sultan Abdulhamid Han EAH	77	3,395	0,642	1,1	4,8	3,557	0,643	3,153	0,797
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	177	3,386	0,859	1	5	3,541	0,885	3,154	0,983
Şile Devlet Hastanesi	25	3,498	0,827	1,7	5	3,720	0,737	3,165	1,053
Hamidiye Etfal EAH	112	3,376	0,798	1,2	5	3,630	0,771	2,994	0,986
Taksim EAH	171	3,526	0,695	1,2	5	3,737	0,658	3,210	0,943
Tuzla Devlet Hastanesi	107	3,369	0,687	1	5	3,597	0,740	3,027	0,840
Ümraniye EAH	164	3,449	0,883	1,1	5	3,578	0,870	3,255	1,030
Üsküdar Devlet Hastanesi	65	3,326	0,816	1	5	3,569	0,861	2,962	0,910
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	62	3,293	0,785	1	4,7	3,445	0,818	3,065	0,871
Yedikule Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH	49	3,694	0,79	2	5	3,890	0,752	3,401	0,999
Zeynep Kamil EAH	86	3,448	0,866	1,3	5	3,658	0,901	3,132	1,015

4.2.3. Algılanan Kurumsal Performans Ölçeğine Ait Bulgular

Algılanan kurumsal performans ölçeğinin güvenilirliğini test etmek üzere hem araştırmaya katılan toplam personel sayısı üzerinden, hem de hastaneleri ayrı ayrı ele alarak Cronbach's Alpha Testi yapılmıştır. Toplam personelin sonuçlarını değerlendiren Cronbach's Alpha test sonucu 0,872 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-15). Bu kapsamda iş tatmini düzeyinin tespit edilmesi için kullanılan ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 4-15: Algılanan Kurumsal Performans Ölçeğinin Güvenilirliği

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	n
0,872	0,875	12

Hastanelerde uygulanan anketler ayrıştırılarak yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha test sonuçları Tablo 4-16'de gösterilmektedir. Görüldüğü üzere hastanelerin ayrı ayrı değerlendirilmesi ile de güvenilirlik sonuçları yüksek tespit edilmiştir. Cronbach's Alpha test sonuçları 0,723-0,917 arasında seyretmektedir.

Tablo 4-16: Algılanan Kurumsal Performans Ölçeğinin Hastanelere Göre Güvenilirlik Test Sonuçları

Hastane Adı	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items
Bağcılar EAH	0,879	0,883
Bahçelievler Devlet Hastanesi	0,878	0,881
Başakşehir Devlet Hastanesi	0,886	0,888
Beykoz Devlet Hastanesi	0,862	0,871
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	0,900	0,901
Beyoğlu Göz EAH	0,723	0,779
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	0,902	0,903
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	0,769	0,785
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	0,872	0,897
Erenköy Ruh ve Sinir EAH	0,792	0,809
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	0,883	0,886
Fatih Sultan Mehmet EAH	0,917	0,922

Haseki EAH	0,901	0,902
Haydarpaşa Numune EAH	0,854	0,856
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0,902	0,904
Kâğıthane Devlet Hastanesi	0,793	0,798
Kanuni Sultan Süleyman EAH	0,871	0,872
Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	0,904	0,907
Maltepe Devlet Hastanesi	0,778	0,779
Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hast. EAH	0,893	0,898
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	0,877	0,881
Murat Kölük Devlet Hastanesi	0,871	0,872
Okmeydanı EAH	0,858	0,857
Pendik Devlet Hastanesi	0,863	0,871
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH	0,867	0,870
Silivri Devlet Hastanesi	0,720	0,765
Sultan Abdulhamid Han EAH	0,845	0,850
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	0,873	0,877
Şile Devlet Hastanesi	0,912	0,912
Hamidiye Etfal EAH	0,856	0,857
Taksim EAH	0,854	0,859
Tuzla Devlet Hastanesi	0,843	0,854
Ümraniye EAH	0,865	0,868
Üsküdar Devlet Hastanesi	0,880	0,892
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	0,863	0,868
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	0,856	0,875
Zeynep Kamil EAH	0,794	0,810

Algılanan kurumsal performans ölçeğinin kurumsal boyuttaki analizlerde kullanımı için 5'li likert tipi ifadelerin bireysel aritmetik ortalamaları alınmış, daha sonra bu ortalamalardan kurumsal puanı elde etmek üzere hastanelerin ortalaması hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar sonucunda elde edilen hastane ortalaması, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri açıklayan Tablo 4-17'de gösterilmektedir.

Algılanan kurumsal performans ortalaması en düşük ilk üç hastane sırasıyla İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi (ort=3,43, SS=0,64), İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ort=3,44, SS=0,87) ve Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ort=3,45, SS=0,82) olduğu tespit edilmiştir. En yüksek algılanan kurumsal performans ortalaması ise Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesine (ort=4,04, SS=0,59) ait olduğu görülmektedir.

Tablo 4-17: Hastanelere Göre Algılanan Kurumsal Performans Ortalamaları

Hastane Adı	Algılanan Kurumsal Performans				
	n	Ort.	St Sapma	Min.	Max.
Bağcılar EAH	194	3,724	0,784	1,4	5,0
Bahçelievler Devlet Hastanesi	103	3,515	0,879	1,0	5,0
Başakşehir Devlet Hastanesi	56	3,814	0,768	1,6	5,0
Beykoz Devlet Hastanesi	142	3,920	0,695	1,2	5,0
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	68	3,670	0,806	1,5	5,0
Beyoğlu Göz EAH	22	3,962	0,438	3,0	4,6
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	49	3,600	0,814	1,8	5,0
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	55	3,838	0,586	2,4	5,0
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	26	4,035	0,592	2,7	5,0
Erenköy Ruh ve Sinir EAH	82	3,674	0,567	2,2	5,0
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	105	3,712	0,810	1,0	5,0
Fatih Sultan Mehmet EAH	103	3,752	0,864	1,1	5,0
Haseki EAH	99	3,547	0,833	1,0	5,0
Haydarpaşa Numune EAH	97	3,601	0,683	1,0	5,0
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	133	3,435	0,865	1,1	5,0
İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hast. Hastanesi	6	3,431	0,642	2,6	4,1
Kağıthane Devlet Hastanesi	45	3,965	0,598	2,6	5,0
Kanuni Sultan Süleyman EAH	139	3,447	0,817	1,0	5,0
Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	84	3,991	0,787	1,7	5,0
Maltepe Devlet Hastanesi	64	3,465	0,550	2,0	4,4
Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hast. EAH	164	3,751	0,808	1,0	5,0
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	245	3,690	0,764	1,3	5,0
Murat Kölük Devlet Hastanesi	44	3,591	0,794	1,2	5,0
Okmeydanı EAH	123	3,535	0,765	1,0	5,0
Pendik Devlet Hastanesi	54	3,793	0,734	1,8	5,0
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe EAH	179	3,550	0,762	1,0	5,0
Silivri Devlet Hastanesi	20	3,738	0,607	2,6	4,8
Sultan Abdulhamid Han EAH	77	3,619	0,660	1,5	4,9
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	177	3,620	0,830	1,0	5,0
Şile Devlet Hastanesi	25	3,590	0,831	1,4	4,7
Hamidiye Etfal EAH	112	3,512	0,738	1,7	5,0
Taksim EAH	171	3,600	0,718	1,5	5,0
Tuzla Devlet Hastanesi	107	3,614	0,633	2,4	5,0
Ümraniye EAH	164	3,631	0,764	1,3	5,0
Üsküdar Devlet Hastanesi	65	3,694	0,798	1,0	4,9
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	62	3,716	0,748	1,9	5,0
Yedikule Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi EAH	49	3,939	0,621	2,7	5,0
Zeynep Kamil EAH	86	3,859	0,624	2,3	5,0

4.3. Hastane Personel Devir Hızlarına Ait Bulgular

Hastanelerin personel devir hızı hesaplamalarında 01 Ocak 2018 ve 31 Aralık 2018 tarihleri arasında personel verilerinden yararlanılmıştır. Personel devir hızını hesaplamada kullanılan veriler aşağıda sıralanmaktadır;

- 01 Ocak 2018 tarihinde hastanede görev yapan toplam personel sayısı
- 31 Aralık 2018 tarihinde hastanede görev yapan toplam personel sayısı
- 2018 yılı içinde emekli olan toplam personel sayısı
- 2018 yılı içinde istifa eden toplam personel sayısı
- 2018 yılı içinde il içi ve il dışı nakil olan toplam personel sayısı
- 2018 yılı içinde ölen toplam personel sayısı

Bu veriler ışığında hastanelerin her biri için yıllık personel devir hızı hesaplaması yapılmıştır. Hastanelerin insan kaynakları (personel servisi) birimlerinde tutulan kayıtlarda gönüllü veya gönülsüz olarak ayrılan personel bilgileri detaylı bir şekilde tutulmamış olması nedeniyle personel devir hızını belirlerken gönüllü/gönülsüz devir hızları ayrı ayrı hesaplanamamıştır.

Hastanelerin hesaplanmış personel devir hızları Tablo 4-18'de gösterilmektedir. En yüksek devir hızı olan hastane Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi (%29,84) olarak tespit edilmiştir. İkinci sırada Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi %26,61 hız ile yer almaktadır. Personel devir hızı 1'den düşük olan üç hastane olduğu görülmektedir. Bu hastaneler Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi (%0,90), Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH (%0,43), Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH (%0,40) olarak görülmektedir.

Tablo 4-18: Hastanelere Ait 2018 Yılı Personel Devir Hızları

Hastane Adı	Personel Devir Hızı
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4,27
Bahçelievler Devlet Hastanesi	10,58
Başakşehir Devlet Hastanesi	3,06

Beykoz Devlet Hastanesi	11,06
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	4,27
Beyoğlu Göz EAH	18,73
Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi	0,90
Dr. Siyami Ersek GKDC EAH	16,67
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	29,84
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH	9,95
Eyüpsultan Devlet Hastanesi	9,28
Fatih Sultan Mehmet EAH	7,66
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10,24
Haydarpaşa Numune EAH	7,90
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	24,28
İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi	15,66
Kağıthane Devlet Hastanesi	21,45
Kanuni Sultan Süleyman EAH	6,67
Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	21,69
Maltepe Devlet Hastanesi	1,67
Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH	0,43
Medeniyet Üni. Göztepe EAH	16,10
Murat Kölük Devlet Hastanesi	13,52
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	17,09
Pendik Devlet Hastanesi	7,15
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH	0,40
Silivri Devlet Hastanesi	13,21
Sultan Abdulhamid Han EAH	2,13
Sultanbeyli Devlet Hastanesi	14,95
Şile Devlet Hastanesi	4,68
Şişli Hamidiye Eğitim ve Etfal EAH	4,07
Tuzla Devlet Hastanesi	16,28
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	9,59
Üsküdar Devlet Hastanesi	11,70
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	26,61
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	17,41
Zeynep Kamil KDÇH EAH	4,82

4.4. Bireysel Boyutta Yapılan Analizler

Bireysel boyutta öncelikle personele ait demografik veriler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışılan birim, hastanede çalışma süresi ve toplam çalışma süresi) ile algılanan kurumsal performansın bireysel ortalamaları arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Ayrıca örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenleri ile algılanan kurumsal performans puanları arasındaki korelasyon ilişkisi araştırılmıştır.

Algılanan kurumsal performansın cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Student T-Testi yapılmıştır (Tablo 4-19). Testin sonucunda $p>0.05$ olduğu tespit edilmiştir. Bu analizin sonucuna göre algılanan kurumsal performans düzeyi için cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı söylenebilir. Çalışmada kullanılan örneklem sayısının büyük miktarda olmasının analiz sonuçlarını etkileyip etkilemediğini araştırmak için ayrıca etki büyüklüğü (effect size) ölçümü yapılmıştır. Etki büyüklüğü analizine göre kadın ve erkek arasındaki farkın 0,03 olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğünün kuvvetinin değerlendirilmesinde; 0,2'den küçük olması zayıf, 0,5 olması orta ve 0,8'den büyük olması ise kuvvetli etki büyüklüğü olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir (Kılıç, 2014). Bu kapsamda çalışmamızda elde edilen etki büyüklüğü zayıf olarak yorumlanmaktadır. Sonuç olarak istatistiksel analiz sonucunda elde edilen p değerinin örneklem büyüklüğünden etkilenmediği düşünülmektedir.

Tablo 4-19: Algılanan Kurumsal Performans ve Cinsiyet İlişkisi

	Cinsiyet	**n**	**Ort.**	**SS**	**t**	**p**	**Etki Büyüklüğü**
Algılanan Kurumsal Performans	Kadın	2323	3,6466	0,73959	1,815	0,07	0,03
	Erkek	1273	3,6964	0,81059			

Yaş değişkeni ile algılanan kurumsal performans düzeyi arasındaki farklılık incelenmek üzere, toplam personel 18-29 yaş arası, 30-39 yaş arası ve 40 yaş ve üzeri olmak üzere üç farklı grup altında toplanmıştır. Analizde istatistiksel testlerden parametrik bir test olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır (Tablo 4-20'de). Analiz sonucunda $F=18,646$, ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık hesaplanmıştır. Katılımcıların yaş seviyelerine göre algılanan kurumsal performans düzeyleri karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın 40 yaş ve üzeri

grubuna ait personelde (ort=3,771±0,787) olduğu görülmektedir. En düşük ortalamanın ise 18-29 yaş arası grupta yer alan personele (ort=3,577±0,750) ait olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağını test etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Farklılığın 18-29 yaş arası grupta yer alanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Bu yaş grubu ile diğer her iki grup arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Sonuç olarak, 30 yaş altında olan çalışanların algılanan kurumsal performans düzeyleri ile 30 yaşın üzerinde bulunanlar arasında farklılık olduğu söylenebilir. 30 yaş altı grupta algılanan kurumsal performans düzeyinin düşük olması bu farklılığı ortaya çıkarmaktadır.

Tablo 4-20: Yaş Değişkeni ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları

Boyut	Yaş Grubu	n	Ort.	SS	F	P	Anlamlı Fark
Algılanan Kurumsal Performans	18-29 yaş arası	1437	3,577	0,750	18,646	0,000	(18-29 yaş ile diğer gruplar)
	30-39 yaş arası	1302	3,690	0,757			
	40 yaş ve üzeri	857	3,771	0,787			

Algılanan kurumsal performans düzeyi ile katılımcıların eğitim seviyeleri arasındaki ilişki analizinde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Katılımcılar dört farklı eğitim seviyesi altında gruplandırılmıştır. Bu gruplar "lise ve altı mezuniyete sahip olanlar", "2 yıllık yüksek okul mezunu", "lisans mezunu" ve "yüksek lisans ve doktora mezunu" olarak belirlenmiştir. Tablo 4-21'de test sonuçları gösterilmekte olup, analizde F=21,572, ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek üzere Post Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Eğitim seviyelerine göre gruplar arası karşılaştırma yapıldığında en yüksek ortalama lise ve altı mezuniyete sahip olan katılımcı grubunda (ort=3,837±0,806) görülmektedir. En düşük ortalamaya sahip grup ise lisans mezunu katılımcıların bulunduğu personele (ort=3,572±0,705) aittir. Farklılığın büyük oranda lise ve altı mezuniyete sahip personel grubundan kaynaklandığı görülmüştür. Bu grup ile diğer tüm gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4-21: Eğitim Seviyesi ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları

Boyut	Eğitim Seviyesi	n	Ort.	SS	F	P	Anlamlı Fark
Algılanan Kurumsal Performans	Lise ve altı mezuniyet	837	3,837	0,806	21,572	0,000	(Lise ve altında mezuniyet ile diğer tüm gruplar)
	2 yıllık yüksek okul	462	3,691	0,785			
	Lisans mezunu	1433	3,572	0,705			
	Yüksek lisans ve doktora	864	3,639	0,784			

Personel hastanede çalıştıkları birimin ait olduğu hizmet grubuna göre gruplandırılmıştır. Bu bağlamda; "yönetim hizmetleri", "tıbbi hizmetler", "idari ve mali hizmetler" ve "destek hizmetler" olmak üzere dört farklı grup oluşturulmuştur. Personelin görev yaptığı birim ile algılanan kurumsal performans düzeyi arasındaki ilişki analizinde istatistiksel testlerden parametrik bir test olan tek yönlü varyans (ANOVA) testi uygulanmıştır (Tablo 4-22). ANOVA testi sonucunda F=30,985, ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık hesaplanmıştır. Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre algılanan kurumsal performans düzeyleri karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın yönetim hizmetleri grubuna ait personelde (ort=4,149±0,573) olduğu görülmektedir. En düşük ortalamanın ise tıbbi hizmetler grubunda yer alan personele (ort=3,585±0,727) ait olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağını test etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Farklılığın yönetim hizmetlerinde çalışan personelden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu grup ile diğer tüm gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Ayrıca tıbbi hizmetler grubu ile destek hizmetler grubu arasında da anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Tablo 4-22: Görev Yapılan Birim ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları

Boyut	Birim	n	Ort.	SS	F	P	Anlamlı Fark
Algılanan Kurumsal Performans	Yönetim Hizmetleri	87	4,149	0,573	30,985	0,000	(Yönetim Hizmetleri ile diğer tüm gruplar) (Tıbbi Hizmetler-Destek Hizmetleri)
	Tıbbi Hizmetler	2311	3,585	0,727			
	İdari ve Mali Hizmetler	249	3,705	0,786			
	Destek Hizmetleri	949	3,802	0,829			

Tıbbi hizmetler altında bulunan unvanlar arasında istatistiksel olarak bir farklılık olup olmadığını incelemek üzere ayrıca Post Hoc testi uygulanmıştır. Bu kapsamda tıbbi hizmetler altında bulunan personel "doktor ve diş hekimi", "hemşire ve ebe", "sağlık teknisyeni/teknikeri" olmak üzere üç grup altında gruplandırılmıştır. Analiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,677). Neticede tıbbi hizmetler altındaki görev yapan sağlık çalışanları arasında farklılık olmadığı söylenebilir.

Hastanede çalışılan süre açısından tüm personel "1 yıldan az", "1-5 yıl arası", "6-10 yıl arası" ve "11 yıl ve üstü" olmak üzere dört farklı grup altında gruplandırılmıştır. Personelin hastanede çalıştıkları toplam süre ile algılanan kurumsal performans düzeyi arasındaki ilişki analizinde tek yönlü varyans (ANOVA) testi uygulanmıştır (Tablo 4-23). Analiz sonucunda F=14,519, ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık hesaplanmıştır. En yüksek ortalamanın 11 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olan personel grubuna ait olduğu görülmüştür (ort=3,796±0,753). En düşük ortalamaya sahip grup ise 1 yıldan az çalışma süresine sahip olan personel (ort=3,599±0,747) grubudur. Farklılığın kaynağını test etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmış ve farklılığın hastanede çalışma süresi 5 yıl ve altında olan iki gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Bu gruplar ile 6 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olan diğer iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Neticede, çalıştığı hastanede 5 yıldan fazla süredir görev yapan personelin algılanan kurumsal performans düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 4-23: Hastanede Çalışma Süresi ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları

Boyut	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort.	SS	F	P	Anlamlı Fark
Algılanan Kurumsal Performans	1 yıldan az	433	3,599	0,747	14,519	0,000	(1 yıldan az ile 6-10 yıl arası ve 11 yıldan fazla gruplara arasında) (1-5 yıl ile 6-10 yıl arası ve 11 yıldan fazla gruplara arasında)
	1-5 yıl arası	1807	3,600	0,771			
	6-10 yıl arası	719	3,747	0,754			
	11 yıl ve üstü	637	3,796	0,753			

Katılımcıların hayatları boyunca toplam çalışma süreleri ve algılanan kurumsal performans düzeyi ile arasındaki ilişkiyi test etmek için tek yönlü varyans (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bu analizde "10 yıl ve altı", "11-20 yıl arası" ve "21 yıl ve üstü" olmak üzere üç farklı grup altında toplanan katılımcılar arasında istatistiksel farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Tablo 4-24'da analize ait sonuçlar gösterilmektedir. Analiz sonucunda F=25,641, ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gruplar arasında karşılaştırma yapıldığında en yüksek ortalamanın 21 yıl ve üstü çalışma süresine sahip olan katılımcılar (ort=3,781±0,778) olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaya sahip grup ise 10 yıl ve altı çalışma süresine sahip olan personel grubuna (ort=3,577±0,752) aittir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Farklılığın nedeninin 10 yıl ve altında çalışma süresine sahip olan personel grubu olduğu tespit edilmiştir. Bu grup ile diğer iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Neticede, 10 yıl ve daha az süre çalışan personelin kurumsal performans algılarının daha düşük olmasının gruplar arası farklılığı oluşturduğu söylenebilmektedir.

Tablo 4-24: Toplam Çalışma Süresi ile Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi Arasındaki ANOVA Testi Sonuçları

Boyut	Toplam Çalışma Süresi	n	Ort.	SS	F	P	Anlamlı Fark
Algılanan Kurumsal Performans	10 yıl ve altı	1862	3,577	0,752	25,641	0,000	(10 yıl ve altı ile diğer gruplar)
	11-20 yıl arası	1113	3,744	0,764			
	21 yıl ve üstü	621	3,781	0,778			

Bireysel boyutta yapılan analizlerde son olarak, örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenleri ile algılanan kurumsal performans değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Regresyon analizinin uygulanması için karşılanması gereken ön koşullardan birisi bağımsız değişkenler arasında yüksek korelasyonun olmaması yönündedir (Alpar, 2016, s479). Bu kapsamda öncelikle bağımsız değişkenler arasında yüksek korelasyon olup olmadığı incelenmiştir. Tablo 4-25'de gösterildiği üzere örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenleri için ayrı ayrı farklı varyans testi uygulamak için Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenleri arasında düşük ilişkili ve pozitif yönde (r=0,635) korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Mutlak hatalarla örgütsel bağlılık değişkeni arasında p=0,761 ve katsayı değeri=-0,005 bulunmuştur. Hata büyükleri ile modeldeki açıklayıcı değişkenlerin düzeyleri arasında bir sıra ilişkisinin olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Modelde farklı varyanslık sorunu yoktur. Bu nedenle çoklu regresyon analizi yapılmasının uygun olacağı görülmüştür.

Tablo 4-25: Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Spearman Korelasyon Analizi

Spearman Korelasyon		Standartlaştırılmamış Kalıntı	1	2
Standartlaştırılmamış Kalıntı	Korelasyon Katsayısı	1,000	-,005	,005
	p	.	,761	,747
	n	3596	3596	3596
1- Örgütsel Bağlılık	Korelasyon Katsayısı	-,005	1,000	,635**
	p	,761	.	,000
	n	3596	3596	3596
2- İş Tatmini	Korelasyon Katsayısı	,005	,635**	1,000
	p	,747	,000	.
	n	3596	3596	3596

*** 0.01 düzeyinde anlamlı korelasyon (2 kuyruk).*

Kaliteli bir regresyon modeli oluşturmak için, bir regresyon modelinde çoklu bağımlılık (multicollinearity) analiz edilmelidir. Bunun için varyans etkileme faktörüne bakılmalıdır. VIF değerinin 5'in altında olduğu durumlarda bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmayacağı düşünülmektedir. Tablo 4-26incelendiğinde varyans etkileme faktörünün (VIF) 5'ten küçük olduğu (hem örgütsel bağlılık hem de iş tatmini değişkeni için 1,72) görülmektedir. Bu doğrultuda algılanan kurumsal performans bağımlı değişkeni ile örgütsel bağlılık ve iş tatmini bağımsız değişkenleri arasında yapılan regresyon analizinde çoklu bağımlılık olmadığı söylenebilmektedir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında orta şiddette, pozitif (R^2=0,530) yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p=0,000). Algılanan kurumsal performansa ilişkin toplam varyansın %53'ü örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenleri ile açıklanmaktadır (R^2=0,530). Analizden elde edilen veriler ışığında, örgütsel bağlılık değişkenindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %25 oranında (B=0,253) artış sağladığı ve iş tatmini değişkenindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %48 oranında (B=0,478) artış sağladığı söylenebilir. Sonuç olarak araştırma hipotezi 10 ve araştırma hipotezi 11 doğrulanmıştır. En yüksek B değerine sahip olan bağımsız değişken göreli olarak en önemli yordayıcıdır. Modele

göre iş tatmini değişkeninin algılanan kurumsal performansa etkisi örgütsel bağlılık değişkenine göre daha yüksektir.

Tablo 4-26: Algılanan Kurumsal Performans ve Örgütsel Bağlılık-İş Tatmini Değişkenleri Arasında Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	R	R^2	Ayarlanmış R^2	B	St. Hata	Beta	t	p	VIF
Sabit				1,243	0,039		31,803	0,000	
Örgütsel Bağlılık	0,728	0,530	0,529	0,253	0,14	0,280	18,689	0,000	1,717
İş Tatmini				0,478	0,14	0,515	34,328	0,000	1,717

Bağımlı Değişken: Algılanan Kurumsal Performans
Bağımsız Değişkenler: Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini

4.5. Kurumsal Boyutta Yapılan Analizler

Kurumsal boyutta bağımsız değişkenler olarak personel devir hızı, örgütsel bağlılık ve iş tatmini (doyumu) analizde kullanılmaktadır. Bağımlı değişkenler ise kurumsal kalite sonuç puanları, kurumsal verimlilik değerlendirme sonuç puanları ve algılanan kurumsal performans hastane ortalama puanıdır. Bağımsız değişkenlerin her bir bağımlı değişken üzerinde etkisinin olup olmaması ve eğer etkisi varsa bu etkinin derecesi ve yönünün ne olduğunu belirlemek üzere çoklu regresyon analizleri yapılmıştır. Ayrıca bağımlı değişkenlerin de kendi aralarında korelasyon olup olmadığı incelenmiştir. Analizlerde yatak kapasitesi, yatak doluluk oranı ve eğitim araştırma hastanesi olup olmama durumları kontrol değişkenleri olarak kullanılmıştır.

Regresyon analizinden önce normallik testleri yapılmış ve normallikten sapma olmadığı görülmüştür. Analizlerde hem enter hem de adım adım (stepwise) modelleri kullanılarak değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tablo 4-27'de gösterildiği üzere hastanelerin kurumsal kalite sonuç puanları üzerine örgütsel bağlılık, iş tatmini, personel devir hızı, hastanelerin yatak kapasitesi, eğitim araştırma hastanesi olup-olmama durumları ve yatak doluluk oranlarının bir

etkisinin olup olmadığını analiz etmek üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Analizde adım adım (stepwise) modeli seçilmiştir. Analizin istatistiksel bir ilişkiyi açıklamadığı görülmüştür (p=0,750). Bağımsız değişkenlerden hiçbirinin hastane kurumsal kalite puanı üzerine etkisi olmadığı söylenebilir. Bu kapsamda araştırma hipotezi 1, araştırma hipotezi 2 ve araştırma hipotezi 3 doğrulanmamıştır.

Tablo 4-27: Bağımsız Değişkenler ile Kurumsal Kalite Puanı Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	p
Kalite Puanı	40,406	6	6,734	0,571	0,750

Bağımlı Değişken: Kalite Puanı
Bağımsız Değişkenler: Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini, EAH Olma Durumu, Personel Devir Hızı, Yatak Doluluk Oranı, Yatak Kapasitesi
P<0,05 anlamlılık düzeyinde

Tablo 4-28'de gösterildiği üzere hastanelerin kurumsal verimlilik sonuç puanları ile örgütsel bağlılık, iş tatmini, personel devir hızı, hastanelerin yatak kapasitesi, eğitim araştırma hastanesi olup-olmama durumları ve yatak doluluk oranları arasındaki ilişkiyi analiz etmek üzere çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Analizde sadece hastanelerin eğitim araştırma hastanesi olup olmaması ile verimlilik puanını arasında ilişki anlamı bulunmuştur (p=0,038). Diğer bağımsız değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu kapsamda araştırma hipotezi 4, araştırma hipotezi 5 ve araştırma hipotezi 6 doğrulanmamıştır.

Tablo 4-28: Bağımsız Değişkenler ile Kurumsal Verimlilik Puanı Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	B	St. Hata	Beta	t	p	VIF
Örgütsel Bağlılık	-0,031	7,856	-0,001	-0,004	0,997	4,956
İş Tatmini	-3,375	9,935	-0,131	-0,340	0,737	5,333
Personel Devir Hızı	0,060	0,111	0,100	0,543	0,591	1,196
Yatak Doluluk Oranı	0,095	0,056	0,373	1,688	0,103	1,738
Yatak Kapasitesi	0,002	0,003	0,116	0,510	0,614	1,842
EAH Olma Durumu	5,020	2,305	0,549	2,178	0,038	2,267
R	0,463					
R^2	0,214					
Ayarlanmış R^2	0,046					

Bağımlı Değişken: Verimlilik Puanı
Bağımsız Değişkenler: Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini, EAH Olma Durumu, Personel Devir Hızı, Yatak Doluluk Oranı, Yatak Kapasitesi

Eğitim araştırma hastanesi olup olmama durumlarına göre hastanelerdeki verimlik düzeyinin nasıl farklılaştığını incelemek üzere T testi uygulanmıştır (Tablo 4-29). Her iki kategoride varyansların homojen olduğu görülmüştür (F=0,64 ve p=0,429). Eğitim araştırma olmayan hastanelerin ortalama verimlilik düzeyinin, olan hastanelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (t=1,797, sd=33 ve p=0,041). Eğitim araştırma olmayan hastanelerin verimlilik puan ortalaması 87,52 iken olan hastanelerin ortalaması ise 90,24 olduğu görülmektedir. Her ne kadar anlamlı bir farklılık olsa da bu farkın düşük miktarda olduğu söylenebilir.

Tablo 4-29: Eğitim Araştırma Hastanesi Olma Durumuna Göre T Testi Sonucu

Değişken	n	Ort.	St. Sapma	Levene Testi		t	sd	p
				F	P			
EAH	19	87,52	4,041	0,641	0,429	1,797	33	0,041
EAH Değil	16	90,24	4,944					

P<0,05 anlamlılık düzeyinde

Tablo 4-30 ve Tablo 4-31'de gösterildiği üzere kurumsal boyutta algılanan kurumsal performans düzeyi ve örgütsel bağlılık, iş tatmini, personel devir hızı, yatak sayısı, yatak doluluk oranı ve eğitim araştırma hastanesi olma durumu değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,000). Model sadece iki bağımsız değişken ile ilişkiyi anlamlı olarak göstermektedir. Tablo 36 ise analizde anlamlı ilişki bulunmadığı için modelin dışında bırakılan değişkenleri göstermektedir. Bu doğrultuda;

- Hastane personel devir hızı ile algılanan kurumsal performans arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir (p=0,046). Hastane devir hızı oranında her bir birimlik artış algılanan kurumsal performans puanı üzerinde %25'lik bir artış sağlamaktadır (Beta=0,256). Araştırma hipotezi 7 doğrulanmıştır.
- İş tatmini ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Olumlu yönde ve orta düzeyde bir ilişki mevcuttur (B=0,579).İş tatminindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %58'lik bir artışa neden olacağı söylenebilmektedir. Araştırma hipotezi 9 doğrulanmıştır.
- Örgütsel bağlılık ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p=0,482). Araştırma hipotezi 8 doğrulanmamıştır.

- Hastane yatak sayısı ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p=0,102).
- Hastane yatak doluluk oranı değişkeni ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p=0,072). Ancak p değerinin 0,05'e yakın olması örneklem sayısının yeterince artırıldığı takdirde aradaki ilişkinin anlamlı olabileceği yönünde düşündürmektedir.
- Hastanenin eğitim araştırma olup olmaması ile algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p=0,552).

Tablo 4-30: Algılanan Kurumsal Performans ile Personel Devir Hızı ve İş Tatmini Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	R	R^2	Ayarlanmış R^2	B	St. Hata	Beta	t	p	Varyans Etkileme Faktörü (VIF)
Sabit				1,651	0,395		4,183	0,000	
Personel Devir Hızı	0,704	0,495	0,466	0,006	0,003	0,256	2,064	0,046	1,030
İş Tatmini				0,579	0,117	0,614	4,965	0,000	1,030

Bağımlı Değişken: Algılanan Kurumsal Performans Düzeyi
Bağımsız Değişkenler: Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini
(F=16,681, p=0,000, Adj R^2=0,466)
P<0,05 anlamlılık düzeyinde

Tablo 4-31: Algılanan Kurumsal Performans ile Model Dışında Kalan Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Beta In	t	p	Tolerans	Varyans Etkileme Faktörü
Algılanan Kurumsal Performans	Örgütsel Bağlılık	0,193	0,710	0,482	0,223	4,477
	Yatak Sayısı	-0,209	-1,683	0,102	0,998	1,002
	Yatak Doluluk Oranı	0,237	1,860	0,072	0,936	1,069
	EAH Olma Durumu	0,078	0,601	0,552	0,992	1,008
	F	16,681				
	p	0,000				
	Adj. R^2	0,466				

P<0,05 anlamlılık düzeyinde

Bağımlı değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 4-32'de gösterilmekte olup, kalite puanı ile algılanan kurumsal performans puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,535). Yine kalite puanı ile verimlilik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,100). Algılanan kurumsal performans ve verimlilik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür (p=0,021). Korelasyon katsayısının 0,26-0,49 arasında olması zayıf ilişki olduğunu göstermektedir (Köse, 2008). Korelasyon katsayısının 1'e yaklaşması ilişkinin mükemmelliğini, 0'a yaklaşması ise zayıflığını göstermektedir. Bu nedenle bu iki değişken arasındaki ilişkinin pozitif yönlü, ancak zayıf şiddetli olduğu söylenebilir (r=0,388).

Tablo 4-32: Algılanan Kurumsal Performans, Verimlilik Puanı ve Kalite Puanı Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Değişkenler		1	2	3
1- Algılanan Kurumsal Performans	Pearson Korelasyon	1		
	p			
	n	38		
2- Kalite Puanı	Pearson Korelasyon	0,108	1	
	p	0,535		
	n	35	35	
3- Verimlilik Puanı	Pearson Korelasyon	0,388*	0,287	1
	p	0,021	0,100	
	n	35	34	35

** Korelasyon p= 0.05 düzeyinde anlamlıdır (Çift kuyruk).*

Algılanan kurumsal performans ve verimlilik puanı arasındaki ilişkinin daha detaylı analizi için basit regresyon yapılmıştır. Tablo 4-33'de bu analize dair bulgular gösterilmektedir. Kurumsal boyutta algılanan performans düzeyi ve verimlilik puanı değişkenleri arasında düşük şiddette, pozitif (R^2=0,150) yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (t=2,415; p=0,021). Analizden elde edilen veriler ışığında, algılanan kurumsal performans düzeyindeki her bir birimlik artışın kurumsal verimlilik puanı düzeyinde %39 oranında artış sağlayacağı söylenebilmektedir (Beta=0,388).

Tablo 4-33: Algılanan Kurumsal Performans ve Verimlilik Puanı Arasındaki Basit Regresyon Analizi

Değişken	R	R^2	F	B	St. Hata	Beta	t	p	Varyans Etkileme Faktörü (VIF)
Sabit				49,794	16,152		3,083	0,004	
Algılanan Kurumsal Performans	0,388	0,150	5,832	10,554	4,370	0,388	2,415	0,021	1,000

Bağımlı Değişken: Verimlilik Puanı
Bağımsız Değişken: Algılanan Kurumsal Performans
P<0,05anlamlılık düzeyinde

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hastanelerin kalite ve verimlilik değerlendirmesi sonucunda aldıkları toplam puanlar ve algılanan kurumsal performans düzeyleri kurum performansı olarak incelenmiştir. Kurum performansını etkileyebileceği düşünülen insan kaynakları faktörleri olarak ise personelin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve personel devir hızı araştırılmıştır. Ayrıca hastanelerin büyüklüğü, eğitim araştırma hastanesi olup olmama durumları ve yatak doluluk oranları açısından yapılan incelemeler ile personel dışı faktörler de göz önünde tutulmuştur.

Çalışanların iş tatmini uzun zamandan beri bir kuruluşun başarısının ve büyümesinin en önemli belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmiştir. Araştırmacılar iş tatmini ve örgütsel bağlılık ile kurumsal performans ve başarı arasında güçlü bir ilişki olduğunu (Khanka, 2006, s110) ve hizmet kalitesinin de güçlü bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (Al-dalahmeh ve ark., 2018).

Michie ve West (2004) yaptıkları çalışmada personel yönetiminin, çalışan sağlığı ve refahın bireysel, grup ve örgütsel performansı etkilediğini belirtmektedir. Sonuç olarak, organizasyonlarda insan kaynakları yönetimi uygulamalarının kurumsal performansı etkilediğini, bu nedenle dikkate alınması gerektiği fikrini savunmaktadırlar. Ferguson ve Reio (2010) insan kaynakları girdileri (örneğin, motivasyon, çalışanların beceri) ve insan kaynakları süreçleri/uygulamalarının organizasyonel çıktılara, yani iş performansına ve firma performansına olumlu bir şekilde katkısı olup olmadığını araştırmışlardır. Kurumun performansını belirlemek için katılımcıların kurum ve iş performansı algılarını değerlendiren bir ölçek kullanmışlardır. Sonuç olarak hem insan kaynakları girdilerinin hem de işlem/uygulama değişkenlerinin firma performansı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları açıkladığını tespit etmişlerdir.

Çalışanların tutumu, organizasyonda çalışanların davranışını belirlemek için yönetim açısından çok önemlidir. Genellikle memnun bir çalışanın aynı zamanda verimli bir çalışan olacağı düşünülmektedir. İş tatmininin hem doğrudan hem de dolaylı olarak farklı seviyelerde olumlu işyeri tutumlarına, niyetlerine, davranışlarına ve performans sonuçlarına yol açtığı bulunmuştur. Çalışanlar memnun oldukları için

daha iyi ve verimli bir şekilde performans gösterecekler ve bu sonuç kurumun toplam performansına yansıyacaktır. Hedeflere ulaşma ve kurumsal başarı çalışanların memnuniyetine bağlıdır ve sırayla örgütsel başarı ve büyümeye katkıda bulunur, üretkenliği ve iş kalitesini arttırır. Personel memnuniyetini artırmak, bir kurumun başarısı için çok hayati ve önemli bir faktördür. Bu nedenle iş tatmini ve kurumsal performans arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar önemli bir konu haline gelmiştir. Çalışanların olağanüstü sonuçlar göstermeleri için onların nasıl tatmin ve motive edilmesi gerektiğini bilmek önemlidir. Bir kurumun, bünyesinde çalışan personelin ne hissettiğini, düşündüğünü ve dilediğini tam olarak hissetmesi ve onların özveri ve bağlılığını nasıl geliştirilebileceği konusunda stratejiler geliştirmesi gereklidir. Böylece iş sonuçları iyileştirilebilir, verimlilik artırılabilir ve taahhütler güçlendirilebilir (Al-dalahmeh ve ark., 2018; Latif ve ark., 2013).

İş tatmini, genellikle iç içe geçmiş etkiye sahip olan bir grup faktörden etkilenen bir kavramdır. Pek çok kanıt, çalışanların iş tatmini ve örgütsel performans arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu ve bu ilişkinin yetersiz düzeyde araştırıldığını göstermektedir (Ubaka ve Altamimi, 2017).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde çalışanların iş tatmini düzeyleri araştırıldığında genellikle düşük tatmin düzeyleri görülmektedir. Aksu ve arkadaşları 2002 yılında yaptıkları çalışmada Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık grup başkanlıklarında çalışan toplam 205 yöneticiye anket uygulayarak, iş doyum düzeyleri ve bu düzeyleri etkileyen etmenleri araştırmışlar ve sonuçta iş doyum düzeylerinin düşük olduğunu bulmuşlardır (Aksu ve ark., 2002).

Yanık ve arkadaşları (2013) bir devlet hastanesinde yaptıkları araştırmada hastanede çalışanların kurumsal bağlılık ve iş tatmini düzeylerini orta ve düşük seviyede bulmuşlardır. Kurumsal bağlılık ve iş tatmininin yüksek olduğu durumlarda çalışanların motivasyonunu arttığını, olumsuz şartlarda bile çalışmalarını sağladığını, işten ayrılma niyetlerini azalttığını, iş verimi ve kalitesini artırdığını vurgulamaktadırlar.

Gider ve arkadaşları (2011) hemşire ve tıbbi sekreterlerin iş tatmini (ort=3,21) ve örgütsel bağlılık düzeylerini (ort=3,01) ortalama seviyede olduğunu

tespit etmişlerdir. Ayrıca bu iki değişken arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

İş tatmininin kurumsal performansa etkilerini inceleyen çalışmalarda aradaki ilişkinin pozitif yönlü ve anlamlı olduğu görülmektedir. Kısacası iş tatmini yükseldiğinde kurumun performansı da artmaktadır. Kim (2004) kurumsal performans üzerine en etkili olan bireysel faktörün iş tatmini (0,360) olduğu ve bunu örgütsel vatandaşlık davranışının (0,198) takip ettiğini belirtmektedir. Jones ve arkadaşları (2009) iş tatmini ile işyeri performansı arasında pozitif ve güçlü bir ilişki bulmuşlardır. Benzer bir şekilde Latif ve arkadaşları (2013) iş tatmininin kurumsal performans üzerine olumlu yönde etkileri olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmalarında kurumlarda üst pozisyonlarda çalışanların alt pozisyonlarda çalışanlara nazaran daha memnun oldukları, üst düzey yöneticilerin iş için profesyonel ve destek personelinden daha fazla çaba göstermeye istekli oldukları, deneyimi yüksek çalışanların iş tatmininin düşük deneyime sahip çalışanlardan daha yüksek olduğu, iş tatmini yüksek personelin devir hızının daha düşük olduğunu ve iş tatmini yüksek kurumların daha üretken olduklarını belirtmektedirler. Samwel (2018) iki yüz elli çalışan üzerinde yaptığı araştırmasında iş tatmini ile kurumsal performans arasında pozitif ve önemli düzeyde bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. İş tatmininin, kurumsal performansın %90'ını açıkladığı belirtmektedir (R^2=0,905).

Al-dalahmeh ve arkadaşları (2018), bilgi teknolojileri alanında yaptıkları çalışmada 25 bankada toplam 429 çalışana anket uygulamışlardır. Çalışmada Ürdün'deki bankacılık sektöründe çalışan bilgi teknolojileri personelinin iş tatmini düzeylerinin kurumsal performans üzerine etkilerini incelemişlerdir. Kurumsal performansın ölçümü için 13 adet ifadeden oluşan ve iş tatmininin ölçümü için ise 20 ifadeden oluşan ölçekleri ile kişilerin bu değişkenlere karşı tutumlarını değerlendirmişlerdir. Çalışmadan elde edilen bulgular ışığında iş tatmininin organizasyon performansını önemli ölçüde ve olumlu yönde etkilediğini tespit etmişlerdir. İş tatmini ve örgütsel performans arasında pozitif bir korelasyon olduğunu bulmuşlardır (R=0,463). Kurumsal performanstaki değişimin %22'sinin iş tatmini ile açıklanabildiğini görmüşlerdir (R^2=0,215). İş tatmininin alt boyutları açısından incelendiğinde kurumsal performansa en fazla katkıyı içsel iş tatmininin

sağladığını (B=0,320) dışsal iş memnuniyetinin ise (B=0,200) daha az katkıda bulunduğunu tespit etmişlerdir.

Chamanifard ve arkadaşları (2015) tarım alanında yaptıkları çalışmada kurumsal performansın alt boyutlarını etkililik, verimlilik, üretkenlik, kalite ve inovasyon olarak incelemişlerdir. Bu bağlamda kurumsal performansı değerlendirmek üzere 181 kişiye 23 sorudan oluşan bir anket uygulamışlardır. Araştırma sonucunda personelin iş tatmininin kurumsal performans üzerinde olumlu ve önemli bir etkisi olduğunu tespit etmişlerdir.

Ostroff (1992) 364 okul genelinde yaptığı çalışmasında kurumsal analiz düzeyinde memnuniyet, tutum ve performans arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. İş memnuniyeti ve kurumsal performans arasındaki korelasyonun 0,11 ile 0,54 arasında, örgütsel bağlılık ve performans arasındaki korelasyonun ise 0,05 ile 0,60 arasında değişiklik gösterdiğini tespit etmiştir. Çalışmada en güçlü sonuçların çalışan memnuniyeti için elde edildiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda memnuniyet düzeyi daha yüksek çalışanı olan kurumların, diğerlerine göre daha etkili olma eğiliminde olduklarını tespit etmiştir. Ayrıca, bu ilişkilerin kurumsal düzeyde incelendiğinde bireysel düzeyde gözlemlenenden biraz daha güçlü olduğunu belirtmektedir. Bireysel düzeyde zayıf görülen sonuçların "memnuniyet ve performansın güçlü bir şekilde ilişkili olmadığı" şeklinde yorumlanmasının hatalı olabileceğini belirtmektedir. Bireysel düzeyde ilişki zayıf olsa bile bu zayıf sonuçların, bireysel düzeydeki performans ölçütlerinin, çalışma sürecindeki etkileşimleri ve bağımlılıkları ya da diğer üretkenlikle ilgili davranışların (örneğin, bağlılık ya da vatandaşlık) rolünü yansıtmaması nedeniyle mümkün olabileceğini belirtmektedir. Çalışmada memnuniyet, tutumlar ve örgütsel etkinlik arasında anlamlı ve önemli ilişki olduğu görülmüştür.

Naseem ve arkadaşları (2011) konaklama sektöründe yaptıkları çalışmada çalışan memnuniyetinin organizasyon başarısı üzerindeki etkisinin inkar edilemez olduğu belirtmektedir. Mir ve Rainayee (2016) bankacılık sektöründe çalışanların iş tatmini ve örgütsel performansı arasındaki ilişkiyi pozitif yönde anlamlı bulunmuştur (B=0,69). Kuzey (2018) iş tatmini ve kurum performansı arasında pozitif ilişki bulmuştur. Mafini ve Poe (2013) iş tatminini; çalışma koşulları, yetenek kullanımı,

takım çalışması, yaratıcılık ve özerklik olmak üzere beş faktör altında incelemiştir. Beş faktörün tümü de örgütsel performansla pozitif olarak ilişkili bulunmuştur.

Chang ve Huang (2010) yönetici üzerinde yaptıkları çalışmada iş tatmini kurumsal etkinlik ile anlamlı ve pozitif olarak ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir($B=0,45$, $t=7,07$, $p<0,001$). Çalışmaya göre iş tatminini etkileyen faktörler olarak, çalışanların eğitimi, performans değerlendirme, tazminat ve çalışanlar arası ilişki anlamlı bulunmuştur. Personel seçimi ve işe alım politikalarının iş tatmini üzerinde etkisi bulunmamıştır. Çalışanların moral ve bağlılık gibi tutumları arttırıldığında, üretkenliklerinin artmakta ve devir hızı oranının azalmakta olduğu görülmüştür. Bu pozitif döngünün aynı zamanda kurumun yetenek kazanma becerisine de olumlu etki ettiği belirtilmektedir.

Yapılan çalışmalar personel tatmininin kurumsal performansı artırdığına ilave olarak bunun tersi olarak da kurumsal performansı başarılı kurumlarda personel tatminin de arttığını göstermektedirler (Cole ve Cole, 2005). Benzer şekilde Bakotic (2016) çalışanların iş tatmini ile örgütsel performansının her iki yönde de ilişkili olduğunu ancak bu ilişkinin oldukça zayıf bir yoğunluğa sahip olduğu belirtmektedir. İş tatmini kurumsal performansın finansal göstergeleri ile pozitif korelasyon göstermektedir. Çalışmada aynı zamanda performansı başarılı kurumlarda iş tatmininin yüksek olduğu görülmüştür. İş tatmininin kurumsal performans etkileme düzeyi, kurumsal performansın iş tatminini etkileme düzeyinden daha güçlü bulunmuştur. Ancak bu argümanın tersini savunan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Koys (2001), çalışan memnuniyeti, devir hızı ve örgütsel vatandaşlık davranışlarının kurumsal etkinliği etkilediğini, ancak kurumsal etkinliğin bu değişkenlere etki etmediğini tespit etmiştir. Karlılığın ve müşteri memnuniyetinin farklı insan kaynakları sonuçlarından etkilendiği görülmüştür. Çalışanların tatmininin müşteri memnuniyeti üzerinde bir etkisi olduğunu, ancak karlılık üzerinde bir etkisi olmadığını tespit etmişlerdir.

Hasan ve Kerr (2003) kurum performansını kalite boyutu ile incelemişlerdir. Kalite uygulamaları ile performans çıktıları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışan memnuniyeti (bağımlı değişken) ile üst yönetim, kalite maliyeti ve hizmet dizaynı (bağımsız değişkenler) arasında ($R^2=0,3638$), verimlilik (bağımlı değişken) ile çalışan katılımı ve müşteri memnuniyeti arasında (bağımsız değişkenler)

(R^2=0,3647) ve personel devir hızı (bağımlı değişken) ile üst yönetim ve müşteri memnuniyeti (bağımsız değişkenler) arasında ilişki bulunmuştur (R^2=0,2519).

Bu çalışmada iş tatmininin kurumsal performansa etkileri hem bireysel düzeyde hem de kurumsal düzeyde incelenmiştir. Analizler sonucunda kurumsal düzeydeki ortalama iş tatmini puanlarının kurumsal kalite sonucu (p=0,750) ve kurumsal verimlilik sonucu (p=0,737) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği görülmüştür. Ancak hem bireysel düzeyde (p=0,000) hem de kurumsal düzeyde algılanan kurumsal performans düzeyi (p=0,000) yapılan analizlerde ise istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür. Bireysel düzeydeki analiz sonucuna göre iş tatmini değişkenindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %48 oranında (B=0,478) artış sağladığı tespit edilmiştir. Kurumsal düzeydeki analize göre ise bu ilişki olumlu yönde ve orta düzeydedir (B=0,579) ve iş tatminindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %58'lik bir artışa neden olacağı söylenebilmektedir. Bu bağlamda elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olduğu söylenebilmektedir.

Fletcher ve Williams (1996) örgütsel bağlılığın iş tatmini ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulmuşlardır (0,66, p<0.001). Örgütsel bağlılık ölçeğinin üç alt boyutu ile iş tatmininin iki alt boyutu arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise aradaki ilişkinin daha da arttığı görülmüştür (0,67, p<0,001). Çalışmanın sonuçları, performans yönetimi ile çalışanların tutumlarının (örgütsel bağlılık ve iş tatmini) ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmada iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki incelendiğinde orta düzeyde ve pozitif yönde (r=0,635) korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Algılanan kurumsal performansa ilişkin toplam varyansın %53'ü örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenleri ile açıklanmaktadır (R^2=0,530). Bu sonuç, iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında pozitif ilişkiyi gösteren pek çok çalışma ile uyumlu bulunmuştur (Khanka, 2006; Gider ve ark., 2011; Al-dalahmed ve ark., 2018).

Çalışmanın bulgularına göre bireysel düzeyde yapılan analizlerde örgütsel bağlılık düzeyinin algılanan kurumsal performans düzeyi ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (p=0,000). Örgütsel bağlılık değişkenindeki her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans düzeyinde %25 oranında (B=0,253) artış sağladığı görülmüştür. Kurumsal düzeyde yapılan analizlerde ise kurumsal

kalite puanı ile (p=0,750) kurumsal verimlilik puanı ile (p=0,997) ve algılanan kurumsal performans düzeyi ile (p=0,482) anlamlı ilişki görülmemiştir. Bu bağlamda sadece bireysel sonuçların kurumun performansına etki ettiği söylenebilmektedir.

Katou ve Budhwar (2010) çalışanların tutumlarının (motivasyon, bağlılık, memnuniyet) örgütsel performans üzerinde doğrudan olumlu etkisi olduğunu söylemektedir.

Pinho ve arkadaşları (2013) kar amacı gütmeyen 143 sağlık kuruluşunun yöneticileri ile bir çalışma yapmışlardır. Kurumsal performansı değerlendirmek üzere yöneticilerin finansal ve finansal olmayan hedeflere ulaşma konusundaki subjektif değerlendirmelerini elde edecekleri 5'li likert tipinde bir anket uygulamışlardır. Ankette finansal hedefler için; brüt gelirin hacmi, gelirdeki büyüme, kâr/artık büyüklüğü ve finansal denge incelenirken, finansal olmayan hedefler için ise; çalışma ortamının kalitesi, bağışlarda artış, yararlanıcı oranını artırma ve algılanan sosyal imajın derecesi incelenmiştir. Kurum/örgüt kültürü, pazar yönelimi, örgütsel bağlılık ve örgütsel performans arasındaki ilişkiyi inceledikleri bu çalışmalarında örgütsel bağlılık ile örgütsel performans arasında çok zayıf bir ilişki bulunmuşlardır. Ancak, bu değişkenler arasındaki ilişkilerin beklenenden daha karmaşık olması nedeniyle alt boyutlarının da (duygusal, devamlılık ve normatif) dikkate alınması gerekebileceğini savunmaktadırlar. Bu çalışmada örgütsel bağlılık alt boyutları irdelenmemiştir. İlerde yapılacak çalışmalarda örgütsel bağlılığın alt boyutları açısından analizlerin yapılması önerilmektedir.

Torlak ve arkadaşları ise örgütsel bağlılığın alt boyutları ile yaptıkları çalışmada, her üç alt boyutunun bireysel iş performansı ile pozitif ve önemli bir ilişkisi varken, sadece duygusal bağlılık ve normatif bağlılık kurumsal performans arasında pozitif ilişki olduğu görmüşlerdir (Torlak ve ark., 2017).

Abdullah ve Sofian (2012) çalışmalarında manevi sermayeyi; moral, inanç, dürüstlük, etik, arzu ve motivasyon, bağlılık, öz saygı, coşku ve samimiyet gibi değerleri içeren bir kavram olarak tanımlamaktadırlar. Manevi sermayenin bir kurumun yönetilme şeklini etkileyebileceğini ve nihayetinde kurumsal performansı artıracak olan önemli bir unsur olduğunu belirtmektedirler. Bu kapsamda çalışmalarında, kurumların sahip oldukları entelektüel sermaye ve manevi sermayenin kurumsal performans üzerinde olumlu bir etkisinin olup olmadığını

incelemeyi amaçlamışlardır. Sonuç olarak manevi sermaye ve kurumsal performans arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir ($r = 0.620$, $p < 0.01$).

Zhu ve arkadaşları (2013) örgütsel etkinlik ile kurumun algılanan finansal performansı arasında güçlü bir korelasyon tespit etmişlerdir ($r=0,65$).

Dow ve arkadaşlarının Avustralya ve Yeni Zelanda'da 689 kurumda uyguladıkları ve kalite yönetimi uygulamaları ile ilgili iki araştırma sorusuna cevap aradıkları çalışmada (kalite yönetimi uygulamalarının temel boyutları nelerdir ve bu uygulamalar üstün kalite sonuçları üretmek için nasıl etkileşime girer?) personel bağlılığı ile kurumun kalite sonuçları arasında önemli bir pozitif ilişki bulunmuştur (Dow ve ark., 1999).

Yöneticilerin, çalışan bağlılığını teşvik eden kurum kültür türlerini geliştirmeleri için, örgütlerinde hakim kültürün oynadığı rolün önemini anlamaları gerekmektedir. Özellikle yöneticilerin çalışan bağlılığını teşvik etmek ve kurumsal başarıyı arttırmak için sürekli yeni yollar aradığı sağlık hizmetlerinin değişen ortamında bu dikkate alınması gereken bir konudur. Performansı kolaylaştıran veya engelleyen kültürel özelliklerin belirlenmesi, kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşlarından yöneticilerin kültürel değişim için tutarlı stratejiler geliştirmelerine olanak sağlamaktadır (Pinho ve ark., 2013). Berberoğlu'nun (2018) çalışması sonucunda çalışanların aynı kurumda daha uzun süre kaldıklarında örgütsel bağlılıkların artma eğiliminde olduğunu görülmüştür. Bu kapsamda personel devir hızlarının da kurumların performans sonuçlarını etkileme düzeyleri göz önünde bulundurulacak kapsamlı çalışmalar yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Kurumların en önemli kaynaklarından birisi insan kaynağıdır. Eğitimli, verimli, örgütsel amaçlarla uyumlu ve örgüte bağlı çalışanlar bir kurum için başarının anahtarı olarak değerlendirilmektedir. Ancak her kurumda sürekli olarak değişimler yaşanmakta ve bu değişimler nedeniyle personel devri kaçınılmaz bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır. Kurum için, yetişen ve örgüt ortamına uyum sağlamış personelin işten ayrılması, maliyetlerin artması gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Gümüş ve Sezgin, 2012, s79).

Personel devir hızının kurumsal performansa etkilerine dair yapılan çalışmalarda farklı bakış açıları söz konusudur. Bazı çalışmalarda gönüllü personel

devir hızının kurumsal performansa olumsuz etkileri olduğunu savunurken, diğer yandan bazı çalışmalarda da personel devir hızının kurumsal etkinliği azaltmadığını aksine arttırdığına dair kanıtlar sunulmaktadır (Shaw ve ark., 2005). Kurumdaki personel hareketliliğinin kurumlar arası inovasyon taşınmasına etkide bulunduğunu, dolayısı ile bu sürecin kuruma "yeni kan" ve yeni fikirler getirdiğini belirtmektedirler. Aynı zamanda organizasyonu canlandırdığı ve iç talebe ve sürekli değişen çevresel baskılara daha uygun şekilde adapte olmasını sağladığı belirtilmektedir. Personel devir hızının çok düşük olması sonucunda kurumların hareketsiz olacağı ve bu hareketsizliğin de yeni fikirlerin tasarlanmaması ya da kullanılmamasına neden olacağını ve en nihayetinde kurumda elverişsizlik ve örgütsel etkinliğin azaltmasına yol açacağı düşünülmektedir (Dalton ve Todor, 1979).

Sağlık sektöründe personel devir hızı ile kurum performansı arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalardan birinde Hayes ve arkadaşları (2012) kapsamlı literatür araştırması sonucunda gönüllü hemşire devir hızının hastalar ve sağlık kuruluşları üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğuna dair kanıtlar tespit etmişlerdir.

Hastanelerde toplam personel sayısı açısından en büyük payı alan hemşirelerin sağlık sektörünün bel kemiği olduğuna inanılmaktadır. Bu nedenle hemşire devir hızlarını inceleyen çalışmalara daha sık rastlanmaktadır. Kovner ve arkadaşları (2014) Amerika Birleşik Devletlerinde 14 eyaleti kapsayan çalışmalarında, her ne kadar hastanelerde hemşire devir hızı oranları için genel kabul görmüş bir yaklaşım olmadığını belirtseler de, 2010-11 yılları arasındaki bir yıllık hastanelerdeki hemşire devir hızı oranını %5,9 olarak tespit etmiştir. Ülkemizde ise bu konu üzerinde yapılmış pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Sürer (2009) tez çalışmasında üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşire devir hızlarını iki yıllık bir dönem içinde hesaplanmıştır. 2005 yılında üniversite hastanelerinde kadrolu hemşirelerde devir hızının %0,21-7,25 arasında değişkenlik göstermekte iken özel hastanelerde %21 civarında seyretmekte olduğunu tespit etmiştir. 2006 yılında üniversite hastanelerinde kadrolu hemşireler için %0,34–5,59 arasında ve özel hastanelerde ise %26-27 civarında saptanmıştır (Sürer, 2009, s31). Özel

hastanelerdeki hemşire devir hızlarının üniversite hastanelerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada personel devir hızları unvanlar açısından ayrı ayrı hesaplanamamıştır. Hastanelerin toplam personel devir hızının ortalama %11,49 (standart sapma= %7,70) olduğu görülmüştür. Ancak hastaneler arasında devir hızlarının %0,40 ila %29,84 aralığında değişiklik göstermesi hastanelerin özellikleri nedeniyle farklılıklar olup olmadığının araştırılması ihtiyacını doğurmuştur. Bu nedenle personel devir hızı ile hastanelerin özelliklerine göre ilişkiyi analiz etmek için her bir özellik için Student T-Testi uygulanmıştır. Hastanenin eğitim araştırma özelliği olup olmamasına (p=0,743) yatak sayısına (p=0,588) ve yatak doluluk oranına (p=0,071) göre personel devir hızında istatistiksel olarak anlamlı değişiklik görülmediği tespit edilmiştir. Ancak eğitim ve araştırma hastaneleri için p değerinin 0,05'e yakın olması örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda olması sağlandığı takdirde anlamlı bir sonuç elde edilebileceğine işaret etmektedir. Bu kapsamda çalışmanın daha büyük örneklem sayısı (hastane sayısı) ile yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Diğer yandan hastanenin özellikli branş hastanesi (dal hastanesi) olup olmaması ile personel devir hızı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,028). Dal hastanelerinde devir hızının (ort=15,88) dal hastanesi olmayanlara (ort=9,78) göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Mosadeghrad çalışmasında psikiyatri, yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, pediatri, kardiyoloji, iç hastalıkları, cerrahi ve acil servislerdeki hemşirelerin daha fazla mesleki stres yaşamaları nedeniyle diğer bölüm ve servislerdeki hemşirelere göre pozisyonlarını bırakma olasılıkları daha fazla olduğu belitmektedir. Mesleki stres ile hemşirelerin işten ayrılma niyetleri arasında ilişki olduğu görülmüştür (Mosadeghrad, 2013). Bu çalışmada elde edilen sonuç, dal hastanelerinde özellikli hizmetlerin daha yoğun veriliyor olması nedeniyle bu hastanelerde çalışan personelin daha fazla mesleki riske maruz olabileceğini veya işten ayrılma niyetlerinin yüksek olmasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada personel devir hızının performans sonuçları ile ilişkisi incelendiğinde kurumsal kalite (p=0,750) ve kurumsal verimlilik (p=0,591)sonuçları ile anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ancak algılanan kurumsal performans (p=0,046)ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişki gösterdiği görülmüştür. Hastane devir hızı

oranında her bir birimlik artışın algılanan kurumsal performans puanı üzerinde %25'lik bir artış sağladığı tespit edilmiştir (Beta=0,256). Çalışmadan elde edilen bulgular literatürdeki pek çok çalışmanın aksine sonuç göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir araştırmada, hemşire devir hızı oranlarının en düşük olduğu sağlık kuruluşlarının (% 12'den az), riske uyarlı hasta ölüm oranlarında en düşük puanlara ve en düşük ortalama hasta yatış süresine sahip kuruluşlar olduğu belirtilmiştir. Diğer yandan devir hızı oranı % 22'yi aşan sağlık kuruluşlarında ise ortalama hasta yatış süresinin devir hızı en düşük olanlara göre 1,2 gün daha uzadığı görülmüştür. Bu sonucun hemşire devir hızının yüksek olmasının muhtemelen azalan verimlilik ve üretkenliğe neden olduğunu ve bunun da hasta bakımını etkilediğini belirtmişlerdir (Aktaran; Buchan, 2010).

Alexander ve arkadaşları (1994) ulusal düzeyde hizmet veren 333 hastanede yaptıkları çalışan hemşireler üzerine yaptıkları çalışmada, hemşire devir hızı ile hastane verimsizliği arasında hem personel hem de personel dışı işletme maliyetleri açısından pozitif, doğrusal bir ilişki tespit etmişlerdir. Sonuçta personel devir hızının hem işletme hem de düzeltilmiş yatan hasta başına personel maliyetleri ile pozitif ve doğrusal biçimde ilişkili olduğu bulmuşlardır.

Morrow ve McElroy (2007) bankacılık sektöründe yaptıkları çalışmada gönüllü personel devir hızının banka karlılığı (B=-0,62) ve müşteri memnuniyeti (B=-0, 61) ile negatif ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir.

Park ve Shaw (2012) çalışmalarında devir hızı oranları ile kurumsal performans arasındaki ilişkiyi negatif bulunmuştur (p= –0,15). Devir hızının kurumsal performansın hangi alt boyutları ile anlamlı ilişki bulunduğunu tespit etmek için Post Hoc test yapılmış ve işgücü ve finansal performansın etkili olduğu görülmüştür. Kurumlarda personel devir hızı oranları arttığında, işgücünün ve finansal performansının risk altında olduğunu belirtmektedirler.

Powell ve arkadaşları (2014) İngiltere'de ulusal çapta yaptıkları çalışmada kurumsal düzeyde insan kaynakları yönetimi ile kurumsal performans arasında pozitif bir ilişki olup olmadığını incelemeyi amaçlamışlardır. İnsan kaynakları yönetimi uygulaması, iki ara sonuç (ilkinde personel memnuniyeti ve işten ayrılma niyeti, ikincisinde de devamsızlık ve personel devri gibi) ve iki final sonuçla (hasta memnuniyeti ve ölüm oranları) ilişkilendirilmiştir. Çalışmada personel deneyimleri

ile ara ve son sonuçlar arasındaki ilişkilere odaklanılmıştır. Örgütsel düzeydeki analizlerde, daha iyi personel deneyimlerinin düşük devamsızlık ve daha yüksek hasta memnuniyeti ile bağlantılı olduğunu sonucu bulunmuştur. Personel deneyimi ile personel devir hızı, hasta ölüm oranları ve enfeksiyon oranları arasında ilişki bulunmuştur.

Diğer yandan personel devir hızının bir kurumun performansını değerlendirmekte tek başına değerlendirilmesinin yeterli olamayacağını savunan çalışmalar da bulunmaktadır. Mohr ve arkadaşları (2012) çalışmalarında ayaktan bakım hizmeti veren sağlık kurumlarındaki hemşire devir hızları ile performans ilişkisini açıklamayı amaçlamışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre personel devir oranının, operasyonel performans ile güçlü ve pozitif ilişkide olduğunu bulmuşlardır. Buna ilaveten, grup odaklı kurumsal kültürün güçlü olduğu kuruluşlarda yüksek devir oranı olsa bile operasyonel performansın daha düşük olduğunu gözlememişlerdir. Spesifik olarak, çalışmada daha yüksek personel devir oranının, daha düşük müşteri hizmetleri ve daha yüksek bekleme süreleriyle ilişkisi bulunmuştur. Personel devir oranı, kurumlarda operasyonel performans üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmakla birlikte, grup odaklı örgüt kültürleri güçlü olan kuruluşların bu olumsuz etkilerden bir ölçüde korunmakta olduğunu savunmaktadırlar. Hurley ve Estelami (2005) ise çalışan memnuniyetinin, personel devir hızı ve çalışanların bağlılık seviyelerini etkilediğini belirtmektedirler. Ayrıca, çalışan memnuniyeti ve personel devir hızının müşteri memnuniyeti seviyelerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkilere sahip olabileceği, nihayetinde tüketici sadakatini ve kurumun karlılığını etkileyeceğini ileri sürmektedirler. Kurumun çalışmalarında etkin stratejik insan kaynakları katılımının kullanılmasının personel devir hızını düşüren ve kurumun finansal performansını artıran güçlü bir etken olduğu görülmektedir. İnsan kaynakları direktörlerinin şirketlerinin genel stratejik sürecine dahil olduklarında çalışanların şirket içinde daha uzun süre kaldığını ve kuruma finansal performans açısından olumlu katkıda bulunduğu görülmektedir (Darwish ve Singh, 2013).

Buchan (2010) yazdığı makalesinde personel devir hızını takip etmenin nedeninin, örgüt veya sistemin personelini denetim altında tutma konusundaki kabiliyetini değerlendirmek ise bu durumda gönülsüz devir hızı (örneğin; emeklilik,

ölüm, hastalık) ile gönüllü devir hızı (örneğin; istifa veya yıpranma) arasındaki farklılıkların göz önünde bulundurulması gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca personel devir hızının kuruma olan etkilerinin ayrılan personelin kıdem ve deneyimine bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini vurgulamaktadır. Personel devir hızını hesaplarken gönüllü ve gönülsüz devir hızlarının ayrı ayrı hesaplanamaması, ayrılan personelin iş deneyimine dair detaylı bilgi edinilememiş olmasının analizlerde sapmaya neden olabileceği belirtmektedir.

Bu çalışmada personel devir hızının gönüllü ve gönülsüz devir hızları olarak ayrı ayrı belirlenememiş olması ve ayrılan personelin kuruma katkılarının ne düzeyde olduğunun bilinememesinin sonuçları etkileyebileceği göz önünde tutulmaktadır. Diğer yandan Dalton ve Todor'un (1979) argümanının doğru olabileceği, devir hızı yüksek olan hastanelerde taze kan gelmesi, inovasyona açık personelin işe alınması sonucunda performans düzeyinin yüksek olabileceği de akılda bulundurulması gereken önemli bir husustur.

Kurumsal performansı etkileyen faktörlerden birisinin kurum büyüklüğü olduğunu savunan ve bu konuda incelemeler yapan pek çok çalışma bulunmaktadır. Genel olarak kurum büyüklüğünün performansı olumsuz yönde etkilediği savunulmaktadır. Sağlık sektöründe yapılan çalışmalarda çıktı ölçütü olarak hastane yatak sayısı sıklıkla kullanılmaktadır. Bu nedenle araştırmalarda 100-300 veya 500 yataklı hastaneler gibi farklı boyutlardaki hastanelerin verimlilikleri karşılaştırılmaktadır (Finkler, 1979). Bu çalışmalarda optimal verimlilik seviyesine ulaşmak için hastane büyüklüğünün ne kadar olması gerektiği, yatak sayısının performansı nasıl etkilediği ve bu sonuçları etkileyen başka faktörlerin olup olmadığı araştırmaların önemli sorularıdır.

Brah ve arkadaşları (2000) tarafından Singapur'da hizmet sektöründe yapılan bir araştırmada kurumun büyüklüğü ve performansı arasında negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0,23$, $p=0,05$). Giancotti ve arkadaşları (2017) son 45 yılı içeren geniş kapsamlı bir sistematik tarama yapmışlar ve ölçek etkinliği ve hastane sektörünün optimal büyüklüğü arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sonuçlar mevcut büyük hastanelerin genişletilmesi ve küçük hastanelerin yeniden yapılandırılması/kapatılması politikalarını destekler nitelikte bulunmuştur. Yatak kapasitesi açısından, 200 ± 300 yataklı hastanelerin ölçek ekonomisi için uygun

büyüklükte olduğu, 200 yatağın altında ve 600 yatağın üzerinde olduğu durumlarda ekonomik olarak etkin olmadıkları görülmüştür.

Kristensen ve arkadaşları (2008) akut hastaneler için en uygun büyüklüğün 275 yatak olduğunu, ancak farklı değişkenlerden etkilenme düzeyleri göz önünde bulundurulduğunda yapılan duyarlılık analizi sonucunda ise %95'lik bir güven aralığında 130-585 yatak arasında büyüklüğün en ideali olduğunu belirtmektedirler. Yatak sayısının 400'ün üzerine çıktığında ortalama maliyetin artmakta olduğunu tespit etmişlerdir. Preyra ve Pink (2006) ise Kanada'da 210 hastane üzerinde yaptıkları çalışmada hastaneleri yatak sayıları açısından altı gruba (49 yatak altı, 50-99, 100-199, 200-399, 400-499 ve 499'un üzeri) ayırmışlardır. Hastaneler arasında vaka karması açısından farklılıkları önlemek amacıyla dal hastaneleri ve günübirlik merkezleri ayrı bir grup altında toplamışlardır. Çalışmada en uygun yatak sayısını 180 olarak tespit etmişlerdir.

Hefty (1969) uzun vadeli ortalama maliyet eğrisi açısından hastanelerin en verimli olduğu yatak sayısını hesapladığı çalışmada, üretim ölçeğinin optimum noktadan öteye gittikçe maliyetlerin yavaşça yükselmekte olduğunu belirtmektedir. Minimum ortalama maliyet noktasının 200-300 yatak seviyeleri arasında olduğunu söylemektedir.

Çalışmalardan da anlaşılacağı üzere hastane yatak sayısı arttıkça performans olumsuz yönde etkilenmektedir. Kurum büyüklüğünde artış sonucunda, personel devir hızı oranında artış gibi operasyonel düzeyde sorunlar görülebileceği gibi (Darwish ve Singh, 2013), büyük hastanelerde hem kısa hem de uzun vadede önemli ekonomik olumsuzluklar görülme sıklığı da artmaktadır. Scuffham ve arkadaşlarına (1996) göre bu farkın nedenleri arasında, teknoloji seviyelerindeki değişiklik, kalite farklılıkları ve toplam düzeyde hasta heterojenliğini yakalayamama durumu sayılabilmektedir. Ölçek verimliliğinde artış sağlanması için büyük hastanelerin küçültülmesi, daha küçük hastanelerin birleştirilmesi ve hasta devrinin artırılması gerekmektedir.

Ölçek ekonomileri göstergesine göre, çok küçük bir işletme biriminin büyüklüğünün arttırılması (örneğin, iki veya üçlü kaynaklar tahsis edilmesi), ölçek ekonomilerinin gerçekleştirilmesine izin vermektedir. Bu durumda ürün iki ya da üçten fazla artmaktadır. Dolayısıyla, ölçek ekonomileri ile firma büyüklüğü

artırılarak verimlilik artışı sağlanabileceği anlamına gelmektedir. Sağlık sektöründe hastanelerin ölçeği ve kapsamının önemli bir verimsizlik kaynağı olabileceği düşünülmektedir. Mevcut uzmanlık, altyapı ve ekipmanı daha iyi kullanmak için bir hastanenin boyutunu ve kapsamını büyütmek ekonomik anlamda iyi bir plan olarak düşünülebilir. Ancak, bir noktada hastane en uygun verimlilik seviyesinden uzaklaşarak ekonomik olarak bozulma başlamaktadır. Diğer yandan sabit altyapı ve yönetimsel masrafların küçük bir ölçek altında paylaşılması nedeniyle küçük hastaneler de verimsiz olabilmektedir (Giancotti ve ark., 2017).

Azevedo ve Mateus (2013) hastane birleşmelerinin, kaynakları daha iyi kullanarak ortalama maliyetleri azaltabileceği inancından yola çıkarak hastane yatak sayısının maliyetlere etkisini ölçmeyi amaçladıkları bir çalışma yapmışlardır. Bu maksatla hastanelerin birleşme öncesi ve sonrası durumları analiz edilmiştir. Bulgulara göre, birleşme öncesi ölçek ekonomileri açısından en uygun hastane büyüklüğünün 230 yatak olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, iki veya daha fazla hastane arasındaki birleşme sonrasında maliyetlerin yaklaşık %8'lik bir oranda yükselmesine neden olmaktadır. Bu sonuç, bazı birleşmelerin ölçek ekonomilerinden olumlu şekilde faydalanabilmek için fazla büyük olduğunu ve operasyonların ve hizmet uzmanlığının birleştirerek verimlilik elde etmenin zorlaştığını ortaya koymaktadır. Çalışmada birleştirilmemiş devlet hastaneleri için optimum büyüklük 229 yatak olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, gerçek hayatta her zaman yatakların %100 doluluk kapasitesi ile kullanılamadığından (acil durumlar için hazırda tutulan yataklar nedeniyle) yola çıkarak bu değerin geçerli yatak doluluk oranı ile uyarlanması gerektiği belirtilmektedir. Çalışmadaki yatak doluluk oranı %74 olması nedeniyle ayarlanmış optimum yatak sayısı 269 olarak hesaplanmıştır. Green'e (2002) göre hastanelerin yatak sayısının ne kadar olması ile ilgili kararlar geleneksel olarak, hem bireysel hem de kurumsal düzeyde, ortalama yatak doluluk hedef seviyeleri ve kullanılan yatakların doluluk oranları temel alınarak verilmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada yatak sayısı ile ilgili yapılan analizlerin yeterli olamayacağı, ilave olarak yatak doluluk oranının değerlendirilmesinin de uygun olacağı düşünülmüştür.

Diğer yandan Roh ve arkadaşları (2010) Amerika Birleşik Devletlerinde faaliyet gösteren 118 hastane genelinde beş yıllık verileri inceleyerek yaptıkları

çalışmada küçük hastanelerin diğerlerine göre daha verimli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Hastanelerin büyüklüğü ile verimlilikleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında hastaneleri küçük (1–130 yatak), orta ve büyük (251 yatak ve üstü) olmak üzere yatak sayılarına göre gruplara ayrılmışlardır. 5 yıllık dönem içinde küçük hastanelerde hesaplanan teknik verimlilik ortalama %88,2, orta ölçekli hastanelerde %131,3 ve büyük hastanelerde %79,3 olarak tespit edilmiştir. Saf teknik verimlilik incelendiğinde; küçük hastanelerde 0,904, orta büyüklükte hastanelerde 0,827 ve büyük hastanelerde ise 0,852 olarak görülmüştür. Ölçek etkinliği ise, küçük hastanelerde 0,972, orta ölçekli hastanelerde 0,958 ve büyük hastanelerde 0,892 olarak görülmüştür. Sonuç olarak küçük hastanelerin orta ölçekli veya büyük hastanelerden daha verimli olduğunu görülmüştür. Genel olarak, kar amacı gütmeyen hastane ne kadar küçükse, teknik verimlilik, saf teknik verimlilik ve ölçek verimliliğinin o kadar yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Nihayetinde hastane büyüklüğünün hastanenin verimlilik derecesini etkileyebilecek önemli bir kurumsal faktör olduğu vurgulanmıştır.

Bu çalışmada ortalama yatak sayısı 395 olup, 16 hastane 300 yatağın altında, 14 hastane 300-600 yatak arasında ve 9 yatak ise 600 yatağın üzerinde olduğu görülmüştür. Hastanelerin yatak sayılarına ilave olarak yıllık yatak doluluk oranları da analizlere dahil edilmiştir. Hem hastane yatak sayıları hem de yatak doluluk oranları ile kurumsal kalite sonuçları arasında yapılan regresyon analizinde anlamlı bir ilişki olmadığı (p=0,750) görülmüştür. Aynı şekilde hem hastane yatak sayıları (p=0,614) hem de yatak doluluk oranları (p=0,103) ile kurumsal verimlilik sonuçları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Algılanan kurumsal performans düzeyi ile yatak sayısı (p=0,102) ve yatak doluluk oranı (p=0,072) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ancak yatak doluluk oranının p değerinin 0,05'e yakın olması dikkat çeken bir unsurdur. Örneklem sayısının daha fazla olması durumunda bu ilişkinin oluşabileceğine işaret etmektedir. Elde edilen bulgular ışığında çalışmamızın sonuçlarının literatür ile tam olarak uyumlu olmadığı söylenebilir.

Bazı araştırmacılar yatak sayısının bir çıktı ölçütü olarak kullanımının ne kadar doğru olduğunu incelemiş ve yatakların verim yerine kapasiteyi ölçtüğünü savunmuşlardır. Ayrıca hizmet kalitesinin veya vaka karmasının hastane

büyüklüğüne göre değişebileceğini, dolayısıyla miktar ekseni boyunca çıktının tanımının da değişebileceğini belirtmektedirler. Büyük hastanelerin küçük hastanelere göre kalite seviyesi daha yüksek hizmet sunması muhtemel olup, referans hastane olmaları nedeniyle daha geniş bir hastalık tedavisi sunmakta oldukları belirtilmiştir. Bu yüzden daha fazla personel çalıştırmakta ve daha çok ekipman kullanılmakta olduğunu, ayrıca bazı hastalıkların daha maliyetli tedavileri gerektirmesi nedeniyle hizmetin sadece sayı ile yapılıyor olmasının hatalı hesaplamalara neden olabileceği belirtilmektedir (Finkler, 1979).

Hastane büyüklüğü ile ilgili çalışmalarda elde edilen karlılık ve verimlilik sonuçlarının her zaman en iyi sonucu göstermediği vurgulanmaktadır. Bu fikri savunanlardan birisi olan Fotler (1987), büyük hastanelerin ölçek ekonomisini kullanarak maliyet etkililik ve karlılık açısından avantajlı olabileceğini, ancak bu hastanelerde klinik kalite ve hasta memnuniyetinin problemli olabileceğini belirtmektedir. Bu nedenle ileriki çalışmalarda performans boyutlarının ayrı ayrı analizlere dahil edilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Tsai ve Jha (2015) hastane endüstrisinde yaşanan kayda değer değişiklikler neticesinde kurumların "daha büyük daha iyidir" sloganından yola çıkarak birleşerek büyük ve entegre hastane sistemlerine dönüştüğünü, ancak bu kuruluşların başarısının büyük oldukları için değil kaliteye uzun süredir bağlılıkları nedeniyle elde edildiğini belirtmektedir. Kaliteli hizmet sunumunun, kaynaklardan veya boyuttan daha fazlası ile oluşabileceğini söylemektedirler. Birçok küçük sağlık kuruluşunun mükemmel hizmet sunduğunu ve bunun ise büyüklüğün yüksek kaliteli bakımın ön şartı olmadığını kanıtlamakta olduğunu belirtmektedirler.

Wilson ve Carey eğitim ve araştırma hastanelerinde, yatan ve ayaktan hastalara verilen hizmet ve stajyerlere ve çalışanlarına tıbbi eğitim verme sorumlulukları nedeniyle eğitim ve araştırma olmayan hastanelere göre maliyet açısından farklılık gösterebileceğini belirtmektedirler. Ayrıca bu hastanelerin genellikle daha büyük olması, şehir içinde bulunmaları ve stajyerler için fırsatlar sunmaları gerektiği için daha yüksek vaka karması endekslerine sahip olmalarının da maliyeti artıran unsurlar olduğunu vurgulamaktadırlar. Çalışmalarında eğitim ve araştırma hastaneleri olan ve olmayanlar arasında analizler yapılmıştır. Eğitim veren hastanelerin tipik olarak büyük hastaneler olması nedeniyle verimsizliklerinin yatak

sayılarının büyük olması ile açıklanabileceğini söylemektedirler. Yatak sayısı arttıkça verimliliğin düştüğü görmüşlerdir. Ancak eğitim araştırma olma durumlarına göre iki grupta yer alan hastanelerin maliyetlerinin yapısı açısından oldukça farklı olmalarına rağmen, ölçek açısından değerlendirildiğinde iki grubun niteliksel olarak benzer olduğunu tespit etmişlerdir (Wilson ve Carey, 2004).

Scuffham ve arkadaşları (1996) eğitim hastanelerindeki ortalama yatış süresinin yüksek olması nedeniyle en yüksek marjinal maliyete sahip hastaneler olduğunu ve bu hastanelerde daha ciddi vakalar için geniş bir tedavi hizmeti sağlanmasının hastaneler için yüksek masraflar oluşturduğunu belirtmektedir.

Eğitim hastanelerinin eğitim fonksiyonları ve hasta profili nedeniyle daha yüksek maliyetleri bulunmaktadır. Bu hastanelerde klinik kalite yüksek olsa bile hasta memnuniyeti göreceli olarak düşük gözlenmektedir. Bunun ise hastaların klinik kalite yerine teknik kaliteyi değerlendirmesi nedeniyle olabileceği düşünülmektedir (Fottler, 1987). Ferrier ve Trivitt (2012) Amerika Birleşik Devletlerinde 1407 hastanede yaptığı çalışmada geliştirilmiş Veri Zarflama Analizi ile hastanelerin bakım kalitesini hem kontrol altında tutarak hem de kontrol altında tutmaksızın teknik verimliliklerini değerlendirmişlerdir. Kalitenin kontrol altında tutulmasının verimlilik analizine önemli bir katkı sağladığını görmüşlerdir. Aradaki fark küçük olmasına rağmen, eğitim veren hastaneler için ortalama kalite endekslerinin eğitim vermeyen hastanelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ve aynı zamanda kalite endeksindeki standart sapmaların da eğitim veren hastanelerde, eğitim vermeyen hastanelere göre daha küçük olduğu görülmüştür. Eğitim hastanelerinde daha yüksek bakım kalitesi verilmesi nedeniyle verim maliyetinde artış olduğu savunulmaktadır. Eğitim veren hastanelerin, kalite kontrol altında tutulduktan sonra bile, eğitim vermeyen hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az verimli olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada eğitim ve araştırma hastanesi olma durumu ile kurumsal kalite puanı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p=0,750). Algılanan kurumsal performans düzeyi ile anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p=0,552). Kurumsal verimlilik puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur (p=0,038).Eğitim araştırma olmayan hastanelerin ortalama verimlilik düzeyinin, olan hastanelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (t=1,797, sd=33 ve

p=0,041). Eğitim araştırma olmayan hastanelerin verimlilik puan ortalaması 87,52 iken olan hastanelerin ortalaması ise 90,24 olduğu görülmektedir. Aradaki fark düşük olmasına rağmen, anlamlı ve literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ferrier ve Trivitt'in kaliteyi kontrol altında tutarak yaptığı çalışmasına benzer şekilde bu çalışmada da hastanelerin eğitim araştırma olma durumlarına göre kalite açısından farklılıklarının olmadığı ancak verimlilik sonuçlarının farklı olduğu görülmüştür.

Kurumsal kalite ile kurumun performans sonuçlarını inceleyen çalışmalar bu iki değişken arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğunu göstermektedir. Miyagawa ve Yoshida (2010) toplam kalite yönetimi stratejisi ve çalışanların katılımı, verimlilik artışı, pazar payı, kar ve rekabet gücü alanlarında kurumun dış performansı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedirler.

Alsharari ve arkadaşları (2018) Suudi Arabistan'da bulunan 154 hastanenin direktörleri ile anket üzerinden veri toplayarak yaptıkları çalışmada sağlık hizmeti kalitesine yönelik tutumların örgütsel performansa etkisini araştırmayı amaçlamışlardır. Sonuç olarak sağlık hizmeti kalitesine yönelik tutumlar ile kurumsal performans arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Ebrahimi ve Sadeghi (2013) kalite yönetimi ve kurumsal performans ilişkisini araştıran yaklaşık 100 adet yayını incelemişler ve bu iki değişken arasındaki ilişkilerin kapsamlı bir incelemesini yapmışlardır. Kalite yönetiminin liderlik, müşteri memnuniyeti, süreç yönetimi, insan kaynakları yönetimi, örgütsel bağlılık, örgütsel kültür, personel iş tatmini gibi 200'e yakın uygulama ile ilişkilendirildiğini tespit etmişlerdir. İncelenen çalışmalarda bu değişkenlerden bir veya birkaçının kurum performansına nasıl bir etkisinin olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır. Neticede kalite yönetiminin önemli bir performans faktörü olarak kabul edildiği belirtilmektedir.

Koç tarafından yapılan çalışmada toplam kalite yönetiminin kurumların iç ve dış başarısızlığı ve finansal performansı üzerindeki etkilerini incelenmiştir. Toplam kalite yönetimi boyutları üst yönetim desteği, eğitim, müşteri ilişkileri yönetimi, tedarikçi ilişkileri yönetimi, iş gücü yönetimi, süreç akış yönetimi ve kalite veri raporlaması olarak yedi alt boyutta incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler ışığında üst yönetim toplantılarında kalite konularının sık sık incelemesi ile kurum içi

başarısızlık arasında önemli ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Kurumdaki üst düzey yöneticilerin kalite ile ilgili sorumluluk alması dış başarısızlık üzerinde önemli bir olumsuz etkiye neden olmaktadır. Ayrıca kurumda periyodik olarak kalite performans verilerinin (kusurlar, hatalar, hurdalar, yeniden işleme vb.) toplanması ve değerlendirilmesinin de dış başarısızlık üzerinde önemli bir olumsuz etkisi olduğunu görülmüştür. Toplam kurum performansı üzerinde en temel etki eden faktörler olarak çalışanların katılımı (β=0,274), müşteri odaklılık (β=0,241) ve kalite sistemi (β=0,211) olarak tespit edilmiştir (Koç, 2011).

Agus tarafından yapılan çalışmada, toplam kalite yönetiminin finansal performans üzerinde oldukça yüksek ve olumlu bir etkisi bulunmuştur. Sonuçta, toplam kalite yönetimi uygulamasına bağlı daha yüksek kalite uygulama seviyelerinin finansal performansın artmasına yol açabileceği görülmüştür. Çalışmada dikkat çeken bir diğer analiz sonucu da üst yönetimin bağlılığının toplam kalite yönetimi uygulamalarına güçlü ve önemli katkıları olduğudur(yük=0.707, t=3.423). Üst yönetimin vizyonu ve kalite uygulamalarını yerine getirme taahhüdü olmadan, kalite kültürü ve uygulamalarının geliştirilmesinin mümkün olamayacağı dile getirilmektedir (Agus, 2010).

Fening ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada 50'nin altında personeli bulunan küçük ölçekli firmalarda performans ve kalite yönetimi uygulamalarının etkisini ölçen bir anket uygulanmıştır. Karlılık, satış artışı, müşteri memnuniyeti, çalışanların morali ve pazar payı performans göstergeleri olarak belirlenmiştir. Çalışmada, kalite yönetimi uygulamalarının örgütsel performansı iyileştirdiği görülmüştür. Kalite yönetiminin tüm değişkenlerinin performansla pozitif yönde anlamlı bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir (Fening ve ark., 2008).

Brah ve arkadaşları (2000) kalite yönetimi uygulamalarının üretim sektörü için olduğu kadar hizmet sektöründe de önemli bir unsur olduğunu vurguladıkları çalışmalarında kurumlar toplam kalite yönetimi uygulamalarını artırdığında hem finansal performans hem de yönetsel performanslarının artmakta olduğunu tespit etmişlerdir. Üst yönetimin desteği ile hem finansal hem de yönetsel performans arasında korelasyon görülmüştür, bu sonuç kurumlarda kalite ile ilgili yapılan işlerde yönetimin ne denli önemli rol oynadığı argümanını desteklemektedir.

Brah ve Lim'in (2005) yönetsel, kalite ve teknoloji alanlarındaki performans uygulamalarının toplam kurum performansını oluşturduğunu savundukları çalışmada, toplam kalite yönetimi ile iş performansı arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğunu görmüşlerdir. Kalite yönetimi uygulayan firmaların uygulamayanlara göre daha iyi performans gösterdikleri görülmüştür. Kalite yönetiminin, yöneticileri insan kaynakları yönetimi ve teknik beceriler konusunda daha iyi çalışmalar yapmaya yöneltmesi nedeniyle yönetsel işlerde daha verimli sonuçlar elde edileceğini savunmaktadırlar. Ancak toplam kalite yönetiminin büyük miktarda finansal ve teknik yatırım gerektirmesi, eğitim, toplantılar, sistem geliştirme ve stratejik odaklanma gerektiren uzun vadeli bir süreç olması nedeniyle büyük şirketlerin küçük şirketlere kıyasla daha kolay uygulama imkanına sahip olduğu belirtilmektedir.

Douglas ve Judge (2001) Amerika Birleşik Devletlerinde 512 hastanenin üst düzey yönetici ve kalite direktörlerine hastaneleri için algılanan finansal performansı ölçen bir anket uygulamışlardır. Çalışmada ayrıca sektör uzman performans derecelendirmesi adını verdikleri bir diğer performans değişkeninde JCI tarafından yapılan değerlendirme sonuçlarını kullanmışlardır. Kalite yönetimi uygulamaları ile bu iki bağımlı değişken (algılanan finansal performans ve sektör uzman performans derecelendirmesi) arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Hastane büyüklüğü, yapısal kontrol ve kurumun kar amaçlı olup-olmaması değişkenleri ise kontrol değişkenleri olarak kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçları olarak, kalite uygulamalarının derecesinin hem hastanenin algılanan finansal performansı ($t=2,93$, $p<0,01$) hem de sektör uzman performans derecelendirmesi ($t=2,00$, $p<0,05$) ile pozitif ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastane büyüklüğü ile algılanan finansal performans arasında negatif yönlü ($r=-0,01$), sektör uzman performans derecelendirmesi ile pozitif yönlü ($r=0,11$) ancak oldukça düşük düzeyde korelasyon tespit edilmiştir.

Salaheldin (2008) toplam kalite yönetimi uygulamalarını etkileyen faktörleri stratejik, taktiksel ve operasyonel faktörler olarak üç gruba ayırmaktadır. Taktiksel faktörlerin stratejik faktörlerden daha az önemli ve operasyonel faktörlerin ise en az önemli faktörler olduğunu belirtmektedir. Üst yönetimin bağlılığı stratejik faktörler arasında yer almaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre stratejik faktörlerin operasyonel performans, finansal performans ve finansal olmayan performans

üzerinde güçlü ve pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (B=0,68, B=0,56, B=0,61; p <0,01).

Jamali ve arkadaşları (2010) İran'da toplam kalite yönetiminin kritik başarı faktörlerini belirlemek ve analiz etmeye çalıştıkları araştırmalarında "üst yönetim bağlılığı", "stratejik kalite planlaması", "süreç yönetimi" ve "eğitim" olmak üzere dört faktörün itici faktörler olduğunu ve bunların dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar.

Lakhal ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmanın sonuçları, kalite yönetimi uygulamaları ile örgütsel performans arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışan katılımının finansal performans üzerinde önemli bir dolaylı etkiye sahip olduğu görülmüştür (p<0,05).

Macinati (2008) İtalyan sağlık sisteminde ülke kapsamında yaptığı geniş çaplı araştırmasında "Kalite yönetim sistemlerinin temel faktörlerinden hangileri halk sağlığı hizmet sağlayıcılarının örgütsel performansının en iyi belirleyicileridir?" ve "Bu temel faktörlerin halk sağlığı hizmetleri sağlayıcılarının örgütsel performansı üzerindeki etkisi nedir?" sorularına cevap aramaktadır. Çalışmada 144 hastanenin genel müdürüne anket uygulanmıştır. Kurumsal performans ve kalite yönetim sistemleri birbirleriyle ilişkilendirildi. Üst yönetim kaliteye büyük önem verdiğinde ve stratejik önemini kabul ettiğinde, ölüm ve taburculuk oranlarının düştüğü görülmüştür. Finansal ve operasyonel performans ile kalite yönetim sistemleri arasında pozitif ilişki görülmemiştir. Bu sonuç, İtalyan sağlık sektöründeki kalite stratejilerinin hala orta düzeyde olduğunu ve muhtemelen şimdiye kadar yalnızca sonuç performansını etkileyebildiğini belirterek açıklanabilmektedir.

Nayar ve Özcan (2008) çalışmalarında hastanelerdeki kalite ve verimlilik arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Teknik açıdan verimli olan hastanelerin kalite ölçütleri açısından iyi performans gösterdiğini görmüşlerdir. Kantitatif çıktıları (ayaktan hasta, taburcu edilen hasta ve personel eğitimi) etkin bir şekilde üreten hastanelerin kaliteli çıktılar (oksijenasyon değerlendirmesi alan pnömoni hastalarının yüzdesi, ilk antibiyotik zamanlaması ve pnömokok aşılaması) ürettiği sonucu bulunmuştur. Örneklemdeki hastanelerin %30'u, hem teknik verimlilik hem de kalite ile kombine edilen teknik verimlilik açısından 1 puan (verimli) almıştır. Bu hastaneler, teknik verimlilikleri, çıktıları ve ayrıca kalite sonuçlarını en üst düzeye

çıkardıkları için en iyi performans gösteren hastaneler olarak tespit edilmiştir. Hastanelerde hem verimlilik hem de kalitenin birlikte artırılabileceği kanıtlanmış olduğundan, yöneticiler ve politika yapıcıların verimliliği artırmak için sadece çıktıya odaklanmaması, aynı zamanda kaliteyi de göz önünde bulundurması gerektiği belirtilmektedir

Bu çalışmada kurumsal düzeyde yapılan analizlerde kalite, verimlilik ve algılanan kurumsal performans arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında kalite ve verimlilik arasında (p=0,100) ve kalite ve algılanan kurumsal performans düzeyi arasında (p=0,535) anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ancak verimlilik ve algılanan kurumsal performans arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (p=0,021, korelasyon katsayısı=0,388). Kurumsal boyutta algılanan performans düzeyi ve verimlilik puanı değişkenleri arasında düşük şiddette, pozitif (R^2=0,150) yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (t=2,415; p=0,021). Analizden elde edilen veriler ışığında, algılanan kurumsal performans düzeyindeki her bir birimlik artışın kurumsal verimlilik puanı düzeyinde %39 oranında artış sağlayacağı söylenebilmektedir (Beta=0,388). Bu bağlamda literatürden farklı olarak, kalite ve verimlilik arasında ilişki görülmemiştir. Ancak algılanan kurumsal performans ve verimlilik arasında ilişki olması dikkat çeken bir husustur. Nitekim algılanan kurumsal performansı etkileyen örgütsel bağlılık ve iş tatmini değişkenlerinin örneklem sayısı daha büyük olduğu takdirde, verimlilik değişkenini de etkileyebileceği yönünde düşünülmesine yol açmaktadır. Bu nedenle ilerleyen araştırmalarda hastane sayısının artırılarak analizler yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Kurumların başarılı performans göstermelerinde önemli bir rol oynayan diğer bir etmen yöneticilerinin kurumun performansını yükseltmek için ne kadar çaba harcadıklarıdır. Hasan ve Kerr, (2003) çalışmalarında üst yönetimin tutumu ve müşteri memnuniyetinin kurumsal performans üzerinde en önemli etkiye sahip değişkenler olduğu belirtmektedirler. Biron ve arkadaşları (2011) kurumların başarılı performans yönetiminde etkinliği araştırdıkları çalışmalarında, yüksek performanslı firmalarda üst düzey yöneticilerin aktif rol aldığını tespit etmişlerdir. Üst yönetimin insan kaynakları uygulamalarının geliştirilmesinde sık sık aktif olarak yer almaması, bu konulardaki sorumluluğu daha düşük seviyelerdeki yöneticilere

veya insan kaynakları uzmanlarına devretmesinin ise olumsuz etki yarattığını belirtmektedirler. Bu nedenle, performans yönetiminde üst yönetimin katılımının başarılı uygulamalar için kritik öneme sahip olduğu vurgulamaktadırlar. Diğer yandan yöneticilerin yeterli çabayı sarf etmedikleri durumda kurumun başarısının sıkıntıya girebileceğini söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Kollberg ve Elg bir sağlık kuruluşunda değişiklikler yaparken ele alınması gereken dört ana zorluktan birisinin örgütsel değişim olduğunu, bunun birçok durumda rahatsız edici olabilecek organizasyonun derinlemesine incelenmesini gerektirdiğini ifade etmektedir. Yöneticilerin ise bunu kabul etmeleri ve değişim projesini destekleyecekleri teşviklerde bulunmamalarının önemli bir zorluk olabileceğini vurgulamaktadır (Aktaran; Dahlgaard ve ark., 2011).

Yapılan çalışmalar üst yönetim bağlılığının, kurumun operasyonel felsefesini değiştirmeyi amaçlayan her türlü çabanın başarılı olması için çok önemli olduğunu göstermektedir. Yönetim desteği olmadan kuruluş üyelerinin davranışlarının değişmesi muhtemel olmayacağı ve üst yönetim değişikliğe karar verdiği takdirde değişimin daha başarılı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, üst düzey yöneticilerin kurumlardaki stratejik değişikliklerin başarısını şekillendirmedeki kritik rolleri vardır. Üst yönetim, kalite yönetimi, ürün geliştirme ve yenilikçilik gibi kritik alanlarda paradigma değişimlerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Ahire ve Shaughnessy, 1997).

Ahire ve Shaughnessy (1997) 506 firma ile yaptıkları çalışmada üst yönetimin bağlılığı ile kurumsal kalite arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sonuç olarak üst yönetimin kaliteye bağlılığı ile toplam kalite yönetimi uygulamaları ve ürün kalitesi arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde korelasyon olduğunu tespit etmişlerdir.

Agus (2015) genel hizmet performansı göstergesinin üst yönetim taahhüdü ile yüksek korelasyon gösterdiğini söylemektedir (r=0,471). Üst yönetici vizyon ve misyonu olmadan ve kalite uygulamalarını uygulama taahhüdü olmadan, kalite kültürünün ve uygulamalarının geliştirilmesinin zor olabileceğini belirtmektedir.

Bu çalışmada bireysel boyutta yapılan analizlerinde personelin görevi ile algılanan kurumsal performans düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu analiz sonucuna göre yönetim hizmetleri grubunda çalışan personelin algılanan kurumsal

performans düzeylerinin tıbbi hizmetler, idari ve mali hizmetler ve destek hizmetlerinde çalışan personele göre anlamlı derece yüksek olduğu görülmüştür (p=0,000). Bu kapsamda araştırma kapsamında bulunan hastanelerinin yöneticilerinin kurumsal performansa katkılarının yüksek olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Günümüzün küresel ve rekabetçi iş ortamında yöneticiler, kurumlarının finansal performansını, üretkenliğini ve karlılığını, kısacası performansını geliştirmek için artan bir baskı altında çalışmaktadırlar. Performans yönetimine ilgi son yıllarda oldukça artmış olsa da halen performansın tanımı, ölçümü ve değerlendirilmesi ile ilgili kesin bir tek yöntem bulunmamaktadır. Özellikle sağlık hizmetleri gibi kapsamı geniş ve oldukça karmaşık yapıda işleyen sektörlerde performans yönetimi konusunda yapılan çalışmalar daha da zor olmaktadır.

Sağlık sektörü kendi karmaşık yapısında diğer pek çok sektörden farklı bir şekilde yönetilen ve değerlendirilen bir hizmet sektörüdür. Sağlık hizmeti veren kurumlar birincil amacı olarak hastaya kaliteli tıbbi tedavi hizmeti sağlamanın yanı sıra, diğer tüm kurumlarda olduğu gibi mümkün olduğunca verimli bir şekilde hizmet verme zorunluluğuyla karşı karşıyadır. Bu hedeflere eş zamanlı olarak ulaşmak bir veya daha fazla boyutta performansı iyileştirme çabalarını bir arada yürütme zorunluluğunu gerektirmektedir. Ayrıca sürekli değişen dış çevre şartları bu hizmetin istenilen düzeyde verilmesini de her geçen gün daha da zorlaştırmaktadır. Bu nedenlerden dolayı sağlık kurumlarında yüksek performans sağlamak için sadece finansal kaynakları verimli bir şekilde kullanmaya odaklanılmamalı, aynı zamanda kurumun elinde tuttuğu insan sermayesini de en etkili şekilde kullanmaya çaba gösterilmelidir.

İnsan kaynağı bir kurumu diğerlerinden farklılaştıran en önemli kaynaklarından birisidir. Bu nedenle günümüz iş dünyasında çalışanların iş tatmini ve kurumun performansı arasındaki ilişki yadsınamaz derecede önemlidir. Memnun çalışanlar, memnun ve sadık müşteriler yaratır. Hangi sektörde olduğu fark etmeksizin bir kurumun bünyesinde çalışan personelin iş memnuniyetini artırarak kurumsal performansı artıracağı muhtemeldir. Özellikle hizmet sektöründe bu husus daha da önemli olmaktadır. İş tatmini ve performans arasında pozitif ilişki bulunması göz önüne alındığında, çalışan memnuniyetini artırabilen kurumların daha başarılı ve etkili performans göstereceği aşikârdır. Bu kapsamda yöneticilerin kurumlarında geliştirecekleri hangi faktörlerin personel memnuniyetine katkıda bulunduğunu veya bulunacağını sorgulamaları önemli bir husustur.

Buna ilave olarak örgütsel bağlılıkları yüksek personelin kurumun performasına olumlu katkıları pek çok çalışmada önemli bir etken olarak gösterilmektedir. Örgütsel bağlılığı yüksek çalışanların kurumdan ayrılma niyetlerinin daha düşük olduğu ve iş tatmin düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir.

Diğer bir yandan sağlık hizmetlerinde personel devir hızının hem bakıma erişimi hem de sağlanan sağlık hizmetinin düzeyini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği yönünde genel bir varsayım bulunmaktadır. Bu varsayım altında devir hızının yüksek olmasının toplam personel sayısının azaltabileceğinden hasta başına düşen bakım süresini de azalabileceği düşünülmektedir. Ayrıca ayrılan personelin yerine yeni personel alınmasının kuruma ek masraflar getirmesi ve deneyimli personelin kaybı sonucunda birim ve ekip çalışmasının olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu durumun sağlık kurumlarındaki bireysel ve kurumsal performansı da düşüreceği aşikardır. Diğer yandan personel devir hızının sanıldığının aksine kötü bir şey olmadığını, kuruma taze kan getirmesi ve inovasyona inanan personelin katılımını sağlaması gibi olumlu yönleri nedeniyle bazı durumlarda iyi sonuçlar göstereceği de savunulan bir diğer varsayımdır. Bu çalışmada personel devir hızı ile hastanelerin performans değerlendirme sonuçları arasında pozitif yönlü bir ilişki çıkmış olması bu argümanın doğruluğunu kanıtlayacak bir gösterge olarak yorumlanabilmektedir. Ancak yine de il sağlık müdürlükleri ve hastane düzeyinde yöneticiler tarafından sağlık kurumlarındaki personel devir hızının düzenli aralıklarla takip edilmesi, kurumlar arasındaki personel devir hızı oranlarındaki farklılığın ve bu farklılıkları etkileyen faktörlerin neler olduğunun araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Personel iş tatmini, örgütsel bağlılık ve personel devir hızı birbirileri ile sıkı ilişki içerisinde bulunmakta ve birbirlerinden önemli düzeylerde etkilenmektedirler. Bu kapsamda yöneticilerin daha mutlu ve üretken personeller elde etmek üzere yapılması gereken kurum içi düzenlemelerin neler olacağı üzerinde kafa yormaları gerekmektedir. Her geçen gün daha fazla rekabet ortamı içinde hizmet veren hastanelerde, başarılı olmak isteyen kurumların öncelikli olarak kendi içyapılarına yönelik düzeltici faaliyetleri uygulamaları önem arz etmektedir.

Bu süreç içinde en önemli görev hastanelerin yöneticilerine düşmektedir. Yapılan çalışmalar, kalite yönetiminin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için yöneticilerin, orta ve alt düzey çalışanların, kalite ölçütleri, istatistiksel süreç kontrolü ve diğer iyileştirme becerileri konularında eğitilmeleri ve böylece işgücünün etkin bir şekilde kalite yönetimi sürecine katılabilmeleri gerektiğini vurgulamaktadırlar. Kalite ve verimlilik gibi performans uygulamalarına inanmayan veya bu doğrultuda çaba göstermeyen yöneticiler kurumun başarısına katkıda bulunmayacakları gibi olumsuz sonuçların elde edilmesine de yol açabilmektedirler. Bu nedenle kendini kurumun başarısına adamış ve performans odaklı çalışan yöneticiler kurumu diğerlerinden daha ileriye götürebilecek güce sahip olacaklardır.

KAYNAKLAR

Makaleler

Abdullah, D. F. ve Sofian, S. (2012). The relationship between intellectual capital and corporate performance. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, ***40***, 537-541.

Abuhanoğlu, H. ve Karadağ, M. (2015). Transparency and accountability in healtcare services from nurse managers' perspective: a qualitative study. *International Journal of Social Science*.***39***, 423-429.

Adair, C. E., Simpson, E., Casebeer, A. L., Birdsell, J. M., Hayden, K. A. ve Lewis, S. (2006). Performance measurement in healthcare: part I–concepts and trends from a state of the science review. *Healthcare Policy*, ***1*****(4),** 85.

Agus, A. (2001). A linear structural modelling of total quality management practices in manufacturing companies in Malaysia. *Total Quality Management*, ***12*****(5),** 561-573.

Agus, A. (2004). TQM as a focus for improving overall service performance and customer satisfaction: An empirical study on a public service sector in Malaysia. *Total Quality Management & Business Excellence*, ***15*****(5-6),** 615-628.

Ahire, S. L., ve O'shaughnessy, K. C. (1998). The role of top management commitment in quality management: an empirical analysis of the auto parts industry. *International Journal of Quality Science*, ***3*****(1),** 5-37.

Alatawi, M. A. (2017). Can transformational managers control turnover intention?. *SA Journal of Human Resource Management*, ***15*****(1),** 1-6.

Al-dalahmeh, M., Khalaf, R. ve Obeidat, B. (2018). The effect of employee engagement on organizational performance via the mediating role of job satisfaction: The case of IT employees in Jordanian banking sector. *Modern Applied Science*, ***12*****(6),** 17-43.

Alexander, J. A., Bloom, J. R. ve Nuchols, B. A. (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: an organization-level analysis. *Industrial relations: a journal of economy and society*, ***33*****(4),** 505-520.

Alha Wan, Mohammad; Mat, Norazuwa Bt. (2015). Antecedents of turnover intention behavior among nurses: A theoretical review. *J. Mgmt. & Sustainability*, ***5,*** 84.

Alsharari, Y. S., bin Aziz, F. S., Taib, C. A. B., ve Yusoff, R. Z. (2018). The Impact of Attitudes towards Healthcare Service Quality on Organisational Performance: Evidence from the Saudi Arabia.***5*****(1)**,1-12.

Altamimi, A. N. A. (2019). Literature on the relationships between organizational performance and employee job satisfaction. *Archives of Business Research*, ***7*****(4),**1-7.

Altaş, S. S. ve Çekmecelioğlu, H. G. (2015). Örgütsel adalet algısının iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş performansı üzerindeki etkileri: Okul öncesi

öğretmenleri üzerinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, ***29*****(3),** 421-439.

Al Yami, M., Galdas, P. ve Watson, R. (2018). Leadership style and organisational commitment among nursing staff in Saudi Arabia. *Journal of nursing management*, ***26(5),*** 531-539.

Anwar, G. ve Shukur, I. (2015). Job Satisfaction and Employee Turnover Intention: A Case Study of Private Hospital in Erbil. *International Journal of Social Sciences & Educational Studies*, ***2 (1),*** 73-80.

Appiah Fening, F., Pesakovic, G., ve Amaria, P. (2008). Relationship between quality management practices and the performance of small and medium size enterprises (SMEs) in Ghana. *International Journal of Quality & Reliability Management*, ***25*****(7),** 694-708.

Asante, A.D., Price, J., Hayen, A., Irava, W., Martins, J., Guinness, L., Ataguba, J.E., Limwattananon, S., Mills, A., Jan, S., Wiseman, V. (2014). Assessment of Equity in Healthcare Financing in Fiji and Timor-Leste: A Study Protocol. *BMJ Open,****4(12),*** 1-9. Doi:10.1136/Bmjopen-2014-006806

Ateş, H. ve Kırılmaz, H. (2005). Sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşleri üzerinde kişisel faktörlerin etkileri. *Amme İdaresi Dergisi*, ***48***, 97-128.

Atılgan, E. (2016). An assessment for public hospitals associations' performance measurement approach kamu hastaneleri birlikleri performans ölçüm yöntemi üzerine bir değerlendirme. *Journal of Human Sciences*, ***13*****(1),** 695-712.

Akçakanat, T. ve Çarıkçı, İ. H. (2016). Sağlık kurumlarında performansa dayalı ödeme sistemi: üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleri üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi*, ***21,*** 85-892.

Aktan, C. C. (2009). Performans yönetimi: organizasyonlarda performans değerlendirme ve ölçme. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi,* ***1(1),*** 25-49.

Akyüz, Y. (2013). Ekonomik katma değer (EVA) ve pazar katma değer (MVA) analizi: İMKB'de işlem gören seramik işletmelerinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, ***18*****(2),** 339-356.

Aydın, S. (2008). Sağlıkta performans ne için, nereye kadar? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu.****6***, 34-37.

Aydın, S. (2011). Performansa göre ödeme sistemleri ve zorlukları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu,****19,*** 71-73.

Azevedo, H. ve Mateus, C. (2014). Cost effects of hospital mergers in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, ***15*****(9),** 999-1010.

Badara, A. M., Johari, H. B. ve Yean, T. F. (2015). Individual performance, leadership succession, organizational climate and moderating effect of trust: data screening and preliminary analysis. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, ***6 (2),*** 13-21. Doi:10.5901/mjss.2015.v6n2p13.

Bakotic, D. (2016). Relationship between job satisfaction and organisational performance. *Economic research-Ekonomska istraživanja*, ***29*****(1),** 118-130.

Bali, B. B. ve Çelen, M. (2009). Kamu eğitim harcamalarında etkinlik ve etkenlik analizi: OECD ülkeleri üzerine bir uygulama. *24. Türkiye Maliye Sempozyumu Devletin Değişen Rolü Bağlamında Türkiye'de Kamu Harcamalarının Sektörel Analizi Tebliğler Kitabı.* Antalya.

Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, E. M., Kasım, İ., Şencan, İ. ve Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Med J,* ***15(1),*** 26-31.

Bazzaz, M. M., Taghvaee, M. R. E., Salehi, M., Bakhtiari, M., Shaye, Z. A. (2015). Health system's responsiveness of inpatients: hospitals of Iran. *Global Journal of Health Science, **7 (7),*** 106-113.

Becker, B. ve Gerhart, B. (1996). The impact of human resource management on organizational performance: Progress and prospects. *Academy of management journal*, ***39*****(4),** 779-801.

Berberoglu, A. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. *BMC health services research*, ***18*****(1),** 399.

Berktaş, M. (2017). Türkiye'nin ulusal sağlık akreditasyon çalışmaları. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, ***44,*** 78-81.

Biron, M., Farndale, E. ve Paauwe, J. (2011). Performance management effectiveness: lessons from world-leading firms. *The International Journal of Human Resource Management*, ***22*****(06),** 1294-1311.

Bodur, S. (2002). Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occupational medicine, **52(6),*** 353-355.

Brah, S. A., Li Wong, J., ve Madhu Rao, B. (2000). TQM and business performance in the service sector: a Singapore study. *International Journal of Operations & Production Management*, ***20*****(11**), 1293-1312.

Brah, S. A., ve Ying Lim, H. (2006). The effects of technology and TQM on the performance of logistics companies. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, ***36*****(3),** 192-209.

Braithwaite, J., Hibbert, P., Blakely, B., Plumb, J., Hannaford, N., Long, J. C., ve Marks, D. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: a comparative international analysis. *SAGE open medicine*, ***5,*** 1-10.

Brignall, S. ve Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management accounting research, 11(3),* 281-306.

Buchan, J. (2010). Reviewing the benefits of health workforce stability. *Human resources for health*, ***8*****(1),** 29.

Carlos Pinho, J., Paula Rodrigues, A. ve Dibb, S. (2014). The role of corporate culture, market orientation and organisational commitment in organisational

performance: the case of non-profit organisations. *Journal of Management Development*, ***33*(4),** 374-398.

Chamanifard, R., Nikpour, A., ve Chamanifard, S. (2015). The effect of social capital on organizational performance: The mediating role of employee's job satisfaction. *International Review of Management and Business Research*, ***4*(3),** 853-860.

Chang, W. J. A. ve Huang, T. C. (2010). The impact of human resource capabilities on internal customer satisfaction and organisational effectiveness. *Total Quality Management*, ***21*(6),** 633-648.

Church, C. D., He, Z. ve Yarbrough, S. (2018). Factors influencing organizational commitment and turnover in nurse residents. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, ***49(10),*** 482-488.

Cole, L. E. ve Cole, M. S. (2005). Employee satisfaction and organisational performance: A summary of key findings from applied psychology. *Retrieved September*, ***2*(2011)**,1-11.

Coyne, J. S. ve Hilsenrath, P. (2002). The world health report 2000: can health care systems be compared using a single measure of performance?. *American Journal of Public Health.****92(1),*** 30–33.

Coşkun, S., Dulkadiroğlu, H., ve Kunduracı, N. F. (2016). Kamu sektöründe bireysel performansa göre ücret uygulamaları: başarısızlığın yaygınlaşması. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, **71(2),***627-651.

Çanakçıoğlu, M., ve Demirbaş, M. (2009). Performans ölçüm yöntemleri ile kurumsal karne yaklaşımı. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, ***59*(2),** 213-238.

Çömen, N., ve Öz, E. K. (2012). Örgütsel iletişimin iş tatminine etkisi: Antalya'daki belgeli üç yıldızlı oteller üzerine bir araştırma. *13. Ulusal Turizm Kongresi 6-9 Aralık 2012.* Antalya.

Çavmak, Ş. (2017). Sağlık hizmetlerinde veri zarflama analizi ve modelleri. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, ***1(1),*** 35-47.

Çetin Kızılkan, A., Öztürk, G., ve Yıldıran, N. (2012). Sağlıkta dönüşümde performans uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, ***11(6),*** 757-766.

Çınar, F. (2015). Hesap verilebilirlik ilkesi ile kurumsal performans ilişkisinde paydaş katılımının rolü; hastane işletmelerinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, ***6 (13),*** 12-30.

Çınaroğlu, S. ve Şahin, B. (2014). Sağlık kuruluşlarında performans ölçümünün gelişimi ve çok boyutlu ölçüm yaklaşımları. *Verimlilik Dergisi*, ***3,*** 83-101.

Çınaroğlu, S. (2017). Sağlıkta performans ölçümünden stratejik performans yönetimine: PATH projesi örneği. *Verimlilik Dergisi*,***1***, 75-92.

Çınaroğlu, S. (2018). Cepten sağlık harcamalarının finansmanında eşitsizlik vehakkaniyet: uygulamalı bir ekonometrik yaklaşım. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, ***10(1),*** 876-897.

Dahlgaard, J. J., Pettersen, J. ve Dahlgaard-Park, S. M. (2011). Quality and lean health care: A system for assessing and improving the health of healthcare

organisations. *Total Quality Management & Business Excellence*, ***22*(6),** 673-689.

Dalton, D. R. ve Todor, W. D. (1979). Turnover turned over: An expanded and positive perspective. *Academy of management review*, ***4*(2),** 225-235.

Davis, K., Schoen, C. ve Stremikis, K. (2010). Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally. *The Commonwealth Fund.* The USA.

Demirel, T. ve Akın, B. (2014).Sağlıkla ilişkili olarak sosyal adalet, eşitlik ve hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.****7(3),*** 238-245.

Devebakan, N. (2006). Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, ***8(1),*** 120-149.

Dixit, S. K., ve Sambasivan, M. (2018). A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE open medicine*, ***6,*** 1-14.

Douglas, T. J. ve Judge Jr, W. Q. (2001). Total quality management implementation and competitive advantage: the role of structural control and exploration. *Academy of Management journal*, ***44*(1),** 158-169.

Dow, D., Samson, D. ve Ford, S. (1999). Exploding the myth: do all quality management practices contribute to superior quality performance?. *Production and operations management*, ***8*(1),**1-27.

Dursun, Y. ve Çerçi, U. M. (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,****(23),*** 1-16.

Ebrahimi, M. ve Sadeghi, M. (2013). Quality management and performance: An annotated review. *International Journal of Production Research*, ***51*(18),** 5625-5643.

Eraslan, M. T. ve Tozlu, A. (2011). Kamu yönetiminde performansa dayalı ücret sistemi. *Sayıştay Dergisi*, ***81***, 33-64.

Ercan, C., Dayı, F. ve Akdemir, E. (2013). Kamu sağlık işletmelerinde finansal performans değerlemesi: kamu hastaneleri birlikleri üzerine bir uygulama. *Asia Minor Studies*, ***1*(2),** 54-71.

Eroğlu, E. ve Atasoy. M. C. (2006). Veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü ve etkin karar birimlerinin duyarlılık analizi. *İÜ İşletme Fakültesi Dergisi,* 35 ***(2),***73-89.

Ertuğrul, M. (2009). Finansal performans ölçümünde dönüşümlerin Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, ***9 (1),*** 19–46.

Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. *Maliye Dergisi*. ***160.*** 423-438.

Ferguson, K. L. ve Reio Jr, T. G. (2010). Human resource management systems and firm performance. *Journal of Management Development*, ***29*(5),** 471-494.

Ferrier, G. D. ve Trivitt, J. S. (2013). Incorporating quality into the measurement of hospital efficiency: a double DEA approach. *Journal of Productivity Analysis*, ***40*****(3),** 337-355.

Finkler, S. A. (1979). On the shape of the hospital industry long run average cost curve. *Health services research*, *14*(4), 281.

Fletcher, C. ve Williams, R. (1996). Performance management, job satisfaction and organizational commitment1. *British Journal of Management*, ***7*****(2),** 169-179.

Fottler, M. D. (1987). Health care organizational performance: Present and future research. *Journal of Management*, ***13*****(2),** 367-391.

Giancotti, M., Guglielmo, A., & Mauro, M. (2017). Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PloS one*, ***12*****(3),** 1-40.

Gider, Ö., Şimşek, G., Ocak, S., ve Top, M. (2011). Hastane organizasyonlarında örgütsel bağlılık ve iş doyumunun analizi: hemşireler ve tıbbi sekreterler üzerine bir araştırma. *Öneri*, ***9 (35),*** 93-101.

Gostin, L., Hodge, J. G., Valentine, N, Nygren-Krug, H. (2003). The domains of health responsiveness–a human rights analysis. *World Health Organisation. Health and Human Rights Working Paper Series No 2.*

Green, L. V. (2002). How many hospital beds?. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, ***39*****(4),** 400-412.

Gulland, A. (2017). UK has best health system in developed world, US analysis concludes. BMJ, DOI: 10.1136/bmj.j3442.

Güdük, Ö., ve Kılıç, C. H. (2017). Sağlık hizmetleri akreditasyonu ve Türkiye'de gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, ***7*****(2),** 102-107.

Güler, H., Kayral, İ. H., Öztürk, A., Demir, M. ve Atasever, M. (2014). Sağlıkta yönetici performansı ölçüm modeli ve uygulama başarısı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*.***8,*** 1-25.

Günay, A. (2002). Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticilerinin iş doyumuna yönelik bir araştırma (Ankara Örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, ***55*****(04),** 271-282.

Gümüş, E. (2017). Sağlıkta Dönüşümde 2. Faz Çalışmaları. Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi. ***10 (77),*** 9-11.

Gürsoy, K. (2015). Analyzing the United Kingdom healthcare system: Lensing on cancer management in England. *Sosyal Güvence*, ***(8)***, 119-143.

Halachmi, A. (2011). Imagined promises versus real challenges to public performance management. *International Journal of Productivity and Performance Management*, ***60(1),*** 24-40.

Hasan, M. ve Kerr, R. M. (2003). The relationship between total quality management practices and organisational performance in service organisations. *The TQM Magazine*. ***15*****(4),** 286-291.

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... & North, N. (2012). Nurse turnover: a literature review–an update. *International journal of nursing studies*, ***49*(7),** 887-905.

Hefty, T. R. (1969). Returns to scale in hospitals: a critical review of recent research. *Health Services Research*, ***4*(4),** 267.

Hoş, C. ve Oksay, A. (2015). Hemşirelerde örgütsel bağlılık ile iş tatmini ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, ***20 (4)***, 1-24.

Hurley, R. F., ve Estelami, H. (2007). An exploratory study of employee turnover indicators as predictors of customer satisfaction. *Journal of Services Marketing*, ***21*(3),** 186-199.

Ismail Salaheldin, S. (2009). Critical success factors for TQM implementation and their impact on performance of SMEs. *International journal of productivity and performance management*, ***58*(3),** 215-237.

Işığıçok, E. (2008). Performans ölçümü, yönetimi ve istatistiksel analizi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, ***7,*** 1-23.

İleri, H. (1999). Verimlilik, verimlilik ile ilgili kavramlar ve işletmeler açısından verimliliğin önemi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi*, ***1(2),*** 9-24.

İleri, H., Seçer, B., ve Ertaş, H. (2016). Sağlık politikası kavramı ve Türkiye'de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, ***12,*** 176-186.

Jamali, G., Ebrahimi, M. ve Abbaszadeh, M. A. (2010, November). TQM implementation: an investigation of critical success factors. In *2010 International Conference on Education and Management Technology* (pp. 112-116). IEEE.

Jones, M. K., Jones, R. J., Latreille, P. L. ve Sloane, P. J. (2009). Training, job satisfaction, and workplace performance in Britain: Evidence from WERS 2004. *Labour*, ***23,*** 139-175.

Kadıoğlu, F. G. (2016). An ethical analysis of performance-basedsupplementary payment in Turkey's healthcaresystem. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, ***25***, 493–496. DOI:10.1017/S096318011600013X.

Kalfa, M. (2018). The effect of europe union common assessment framework on organisational commitment with role of job satisfaction. Total Quality Management & Business Excellence, ***29,*** 704-726. DOI: 10.1080/14783363.2016.1233053.

Karaman, R. (2009). İşletmelerde performans ölçümünün önemi ve modern bir performans ölçme aracı olarak balanced scorecard. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* ***8(16),*** 410-427.

Karasoy, H. A. (2014). Türk kamu yönetiminde performans yönetimine bir bakış. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi,****10 (22),*** 257-274.

Katou, A. A. ve Budhwar, P. S. (2010). Causal relationship between HRM policies and organisational performance: Evidence from the Greek manufacturing sector. *European management journal*, ***28*(1),** 25-39.

Kestane, D. (2003). Performansa dayalı ücret sistemi ve kamu kesiminde uygulanabilirliği. *Maliye Dergisi*, ***142***, 126-144.

Khalil Darwish, T. ve Singh, S. (2013). Does strategic human resource involvement and devolvement enhance organisational performance? Evidence from Jordan. *International Journal of Manpower*, ***34*(6),** 674-692.

Kılıç, S. (2014). Etki büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders*, ***4*(1),** 44-6.

Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient, *Journal of Mood Disorders***,** 6(1), 47-8. DOI:10.5455/jmood.20160307122823.

Kırılmaz, H., Amarat, M., ve Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi. *Strategic Public Management Journal***,** ***3*(6),** 78-104.

Kim, S. (2004). Individual-level factors and organizational performance in government organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, ***15(2),*** 245-261.

Kirmanoğlu, H. ve Çak, M. (2000). Kamu kesiminde performans ölçümü. *15. Türkiye Mali Sempozyumu. Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü.* Antalya. 315-344.

Klazinga, N. (2011). Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth,****16 (3),*** 26–28.

Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F. ve Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate?. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, ***15*(3-4),** 64-71.

Koys, D. J. (2001). The effects of employee satisfaction, organizational citizenship behavior, and turnover on organizational effectiveness: A unit-level, longitudinal study. *Personnel psychology*, ***54*(1),** 101-114.

Koys, D. J. (2003). How the achievement of human-resources goals drives restaurant performance. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, ***44*(1),** 17-24.

Koç, T. (2011). The relationship between TQM and performance in SMEs: the mediation effect of failure. *International Journal of Industrial Engineering: Theory, Applications and Practice*, ***18*(4),** 203-218.

Kömürcü, N., Durmaz, A., Bayram, N., Genç Koyucu, R., Karaman, Ö. E. ve Toker. E., (2014). Sağlık hizmetlerinde kalite standartları ve modelleri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, ***7,*** 95-114.

Kristensen, T., Olsen, K. R., Kilsmark, J. ve Pedersen, K. M. (2008). *Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals*. Syddansk Universitet. 1-31.

Kubalı, D. (1999). Performans denetimi. *Amme İdare Dergisi.****32(1),*** 31-62.

Kuzey, C. (2012). Impact of Health Care Employees' Job Satisfaction On Organizational Performance Support Vector Machine Approach. *European Journal of Economic & Political Studies*, ***5***(1).

Lakhal, L., Pasin, F. ve Limam, M. (2006). Quality management practices and their impact on performance. *International Journal of Quality & Reliability Management*, ***23*****(6),** 625-646.

Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. ve Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı'nda yeniden yapılanma: yeni kamu yönetimi açısından bir değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*,***47 (1),*** 53-78.

Latif, M. S., Ahmad, M., Qasim, M., Mushtaq, M., Ferdoos, A., ve Naeem, H. (2013). Impact of employee's job satisfaction on organizational performance. *European Journal of Business and Management, **5(5),*** 166-171.

Levesque, J. F., Harris, M. F. ve Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, ***12 (18),*** 1-9.

Loeb, J. M. (2004). The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*,***16(1),*** 5-9. DOI: 10.1093/intqhc/mzh007.

Lotfi, Z., Atashzadehhoorideh, F., Mohtashami, J., ve Nasiri, M. (2018). Relationship between ethical leadership and organisational commitment of nurses with perception of patient safety culture. *Journal of nursing management*, ***26*****(6),** 726-734.

Macinati, M. S. (2008). The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. *Health policy*, ***85*****(2),** 228-241.

Mafini, C. ve Pooe, D. R. (2013). The relationship between employee satisfaction and organisational performance: Evidence from a South African government department. *SA Journal of Industrial Psychology*, ***39*****(1),** 1-9.

Mamur Işıkçı, Y. (2016). Bir kamu politikası analizi: sağlık politikasında dönüşüm. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi,****9(4),*** 731-748.

Martins, H., ve Proença, T. (2012). Minnesota Satisfaction Questionnaire–Psychometric properties and validation in a population of Portuguese hospital workers. *FEP Journal–Economics & Management: Working Paper*, ***471***, 1-23.

Mettler, T. ve Rohner, P. (2009). Performance management in health care: the past, the present, and the future. In *9. Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik*. ***247***, 699-708.

Michie, S. ve West, M. A. (2004). Managing people and performance: an evidence based framework applied to health service organizations. *International journal of management reviews*, ***5*****(2),** 91-111.

Miyagawa, M., ve Yoshida, K. (2010). TQM practices of Japanese-owned manufacturers in the USA and China. *International Journal of Quality & Reliability Management*, ***27*****(7),** 736-755.

Mohr, D. C., Young, G. J. ve Burgess, Jr, J. F. (2012). Employee turnover and operational performance: the moderating effect of group-oriented organisational culture. *Human Resource Management Journal*, ***22*****(2),** 216-233.

Morrow, P. ve McElroy, J. (2007). Efficiency as a mediator in turnover—organizational performance relations. *Human Relations*, ***60*****(6),** 827-849.

Mosadeghrad, A. M. (2013). Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *International journal of health policy and management*, ***1*****(2),** 169-176.

Moss, F., Garside, P., ve Dawson, S. (1998). Organisational change: the key to quality improvement. Quality in health care: QHC, *BMJ*, ***7,*** 1-67.

Mukherjee, A. ve Vasconcelos, L. (2018). On the trade-off between efficiency in job assignment and turnover: the role of breakup fees. *The Journal of Law, Economics, and Organization*, ***34*****(2),** 230-271.

Murray, C. J. L. ve Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of The World Health Organization, 78 (6),* 717-731.

Murray, C. J., Richards, M. A., Newton, J. N., Fenton, K. A., Anderson, H. R., Atkinson, C., ... ve Braithwaite, T. (2013). UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, ***381*****(9871),** 997-1020.

Napitupulu, D., Kadar, J. A., ve Jati, R. K. (2017). Validity testing of technology acceptance model based on factor analysis approach. *Indonesian Journal of Electrical Engineering and Computer Science*, ***5*****(3),** 697-704.

Naseem, A., Sheikh, S. E. ve Malik, K. P. (2011). Impact of employee satisfaction on success of organization: Relation between customer experience and employee satisfaction. *International journal of multidisciplinary sciences and engineering*, ***2*****(5),** 41-46.

Nayar, P. ve Ozcan, Y. A. (2008). Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality. *Journal of medical systems*, ***32*****(3),** 193-199.

Nesanir, N. ve Erkman, N. (2010). Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. *TAF Prev Med Bull,* ***9(5),*** 493-504.

Ostroff, C. (1992). The relationship between satisfaction, attitudes, and performance: An organizational level analysis. *Journal of applied psychology*, ***77*****(6),** 963-979.

Ökem, Z. (1996). Sağlık hizmetlerindehakkaniyetanalizi. *Toplum ve Hekim****, 11 (72),*** 67-72.

Özata, M. (2016). Hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, *18(1),* 155-166.

Özcan, A. P. D. I., Aba, A. P. D. G., ve Ateş, M. (2016). Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyinin ve iş doyumunun beklenen personel devir hızı üzerine etkisi. *Sağlık Ekonomisi*, ***4,*** 465-70.

Özgen, H., Tatar, M. (2007). Sağlık sektöründe bir verimlilik değerlendirme tekniği olarak maliyet-etkililik analizi ve Türkiye'de durum. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,**10 (2),*** 109-131.

Özgen, H. (1995). Sağlık hizmetlerinde kalite nedir? Hasta tatmini boyutuyla ilgili bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim, **3***, 69-70.

Pannarunothai, S. ve Srithamrongsawat, S. (2000). The benchmarks of fairness for health system reform: a tool for national and provincial health development in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ), **4 (1),*** 13-26.

Park, T. Y. ve Shaw, J. D. (2013). Turnover rates and organizational performance: A meta-analysis. *Journal of applied psychology, **98*****(2),*** 268-309.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R. ve Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *New York Academy of Sciences, **1136 (1),*** 161–171. DOI: 10.1196/annals.1425.011.

Porter, M. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine, **363 (26),*** 2477-2481.

Preyra, C. ve Pink, G. (2006). Scale and scope efficiencies through hospital consolidations. *Journal of health economics, **25*****(6),*** 1049-1068.

Protti, D. (2002). A proposal to use a balanced scorecard to evaluate information for health: an information strategy for the modern NHS (1998–2005). *Computers in Biology and Medicine, **32(3),*** 221-236.

Roh, C. Y., Jae Moon, M. ve Jung, C. (2010). Measuring performance of US nonprofit hospitals: do size and location matter?. *Public Performance & Management Review*, ***34*****(1),** 22-37.

Rouf, A. M. ve Riyaz, A. R. (2016). Impact of employee job satisfaction on organizational performance: An empirical study. *International Journal of Scientific Research, **5*****(6),*** 549-551.

Samwel, J. O. (2018). Effect Of Job Satisfaction on Employees' Commitment and Organizational Performance - Study of Solar Energy Companies in Lakezone Regions, Tanzania. International Journal of Economics, Commerce and Management. ***6*****(4)** 823-835.

Schroeder, S. A. (2007). We can do better—improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine, **357*****(12),*** 1221-1228.

Scuffham, P. A., Devlin, N. J. ve Jaforullah, M. (1996). The structure of costs and production in New Zealand public hospitals: and application of the transcendental logarithmic vaiable cost funcation. *Applied Economics, **28*****(1),*** 75-85.

Shaw, J. D., Gupta, N. ve Delery, J. E. (2005). Alternative conceptualizations of the relationship between voluntary turnover and organizational performance. *Academy of management journal*, ***48*****(1),** 50-68.

Shortell, S.M., Rundall, T.G. ve Hsu, J. (2007). Improving patient care by linking evidence-based medicine and evidence-based management. *JAMA*, ***298(6),*** 673–676.

Smith, P. C. (2010). Measuring and ımproving health-system productivity. *The Lancet*, ***376*** **(9748),** 1198-1200.

Smith, P. C., Mossialos, E. ve Papanicolas, I. (2008). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. The Regional Office For Europe Of The World Health Organization. Talinn.

Song, H. ve Tucker, A. (2016). Performance improvement in health care organizations. *Foundations and Trends® in Technology, Information and Operations Management*, ***9*****(3–4),** 153-309.

Şimşek, H. ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, ***10(2),*** 116-127.

Tarım, M. (2004). Sağlık organizasyonlarında performans ölçme ve dengeli puan cetveli (Balanced Scorecard). *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***7 (2),*** 232-248.

Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye'de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),****1(1),*** 103-133.

Taşlıdere, S., Saraçoğlu, G. V. ve Topçu, B. (2017). Tekirdağ'da bir ilçenin aile hekimliği performanslarının veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi,* ***5(2),*** 75 – 82.

Tekingündüz, S., Top, M., Tengilimoğlu, D., ve Karabulut, E. (2017). Effect of organisational trust, job satisfaction, individual variables on the organisational commitment in healthcare services. *Total Quality Management & Business Excellence*, ***28(5-6),*** 522-541.

Tengilimoğlu, D. ve Toygar, Ş. A. (2013). Hastane performansının ölçümünde PATH yöntemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi,****3(1),*** 50-78.

Torlak, N. G., Kuzey, C. ve Ragom, M. (2018). Human resource management, commitment and performance links in Iran and Turkey. *International Journal of Productivity and Performance Management*, ***67*****(9),** 1994-2017.

Tsai, T. C. ve Jha, A. K. (2014). Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better?. *Jama*, ***312*****(1),** 29-30.

Öcek, Z., Çiçeklioğlu, M. (Ed.) (2013). Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? *Türk Tabibler Birliği Yayınları.****60***, 1.

Öztek, Z. (2006). Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, ***25***, 1-6.

Öztürk, S., Başar, D., Kortan Saraçoğlu, I. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet: Türkiye örneği. *Ekonomik Yaklaşım,****28(105),*** 95-127.

Uçkun, N., ve Şahin, Ü. (2015). Kamu Hastaneleri Birlikleri verimlilik değerlendirmesinde verimlilik karnesi uygulaması. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, ***2(1),*** 302-313.

Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,**8(1),*** 3-29.

Uğurluoğlu, E., ve Özgen, H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, ***11*****(2),** 133-159.

Ursilica, T. E. (2016). The relationship between health care needs and accessibility to health care services in Botosani County- Romania. *Procedia Environmental Sciences*,***32,*** 300 – 310.

Uysal, Ş. (2015). Performans yönetimi sisteminin tanımı, tarihçesi, amaç ve temel unsurlarına genel bir bakış. *Electronic Journal of Vocational Colleges, **5(2)**,* 32-39.

McIntyre, D., Rogers, L., Heier, E. J. (2001). Overview, history, and objectives of performance measurement. *Health Care Financing Review*,***22 (3),*** 7-21.

Vargün, H. ve Uyguntürk, H. (2016). Cash flow-focused financial analyses as a measuring tool of financial performance: An application on construction and public works sector. *BJSS Balkan Journal of Social Sciences*, ***5,*** 358-369.

Wasti, S. A. (2000). Meyer ve Allen'in üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi. 8. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi*, 25-27.

Wilson, P. W. ve Carey, K. (2004). Nonparametric analysis of returns to scale in the US hospital industry. *Journal of Applied Econometrics*, ***19*****(4),** 505-524.

Yanık, A. Ekin, A. ve Söyük, S. (2013). Kurumsal bağlılık ile iş tatmini arasındaki ilişki ve sosyodemografik özelliklerin etkileri üzerine bir uygulama örneği. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. ***53(2),*** 72-85.

Yüreğir, O. H. ve Nakiboğlu, G. (2007). Performans ölçümü ve ölçüm sistemleri: genel bir bakış. *Journal of the Cukurova University Institute of Social Sciences*, ***16(2),*** 545-562.

Zhu, C. J., Cooper, B. K., Thomson, S. B., De Cieri, H. ve Zhao, S. (2013). Strategic integration of HRM and firm performance in a changing environment in China: the impact of organisational effectiveness as a mediator. *The International Journal of Human Resource Management*, ***24*****(15),** 2985-3001.

Kitaplar

Akal, Z. (2011). *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi (Çok Yönlü Performans Göstergeleri)*. Ankara: MPM Yayınları.

Alpar, R. (2016). *Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik*. Ankara: 4. Baskı. Detay Yayıncılık.

Ateş, H., Kırılmaz, H. ve Aydın, S. (2007). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği* (1. Baskı). Ankara: Asil.

Barling, J. ve Cooper C. L. (2008). *The SAGE Handbook of Organizational Behavior: Volume One: Micro Approaches.* London: SAGE Publication.

Borgonovi, E., Anessi-Pessina, E. ve Bianchi, C. (Eds.). (2018). *Outcome-Based Performance Management in the Public Sector*. İtalya: Springer.

Carsen, J. A. (2005). *HR How to: Employee Retention*. The USA: CCH Incorporated.

Cashin, C., Chi, Y., Smith, P., Borowitz, M. ve Thomson, S. (2014). *Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability*. The USA: Open University Press.

Charnes, A., Cooper, W., Lewin, A. Y. ve Seiford, L. M. (1994). *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology, and Applications.* New York: Springer Science & Business Media.

Cooper, W. W., Seiford, L. M. ve Zhu, J. (2011). *Handbook on Data Envelopment Analysis*. (2nd ed.). London: Springer.

Cooper, W. W., Seiford, L. M., ve Zhu, J. (2004). *Data Envelopment Analysis. In Handbook on Data Envelopment Analysis.* Boston, MA: Springer.

Coşkun, A. (2007). *Stratejik Performans Yönetimi ve Performans Karnesi* (2. Basım). İstanbul: Literatür Yayınları.

Doğan, E. Ş. (2013). *Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.

Ekici, D. (2013). *Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi*. Ankara: Sim Matbaacılık Ltd. Şti.

Epstein, M. J., ve Manzoni, J. F. (2010). *Performance Measurement and Management Control: Innovative Concepts And Practices*. The UK: Emerald Group Publishing.

Franceschini, F., Galetto, M., ve Maisano, D. (2007). *Management by Measurement: Designing Key İndicators and Performance Measurement Systems*. İtalya: Springer Science & Business Media.

Gegez, E. (2010). *Pazarlama Araştırmaları.* İstanbul: Beta Yayıncılık.

Gegez, E. (2014). *Pazarlama Araştırmaları.* 4. Baskı. İstanbul: Beta Basım A.Ş.

Greenwald, H. P. (2010). *Health Care in the United States: Organization, Management, and Policy*. the US: John Wiley & Sons.

Güllüoğlu, Ö. (2011). *Örgütsel İletişim: İletişim Doyumu ve Kurumsal Bağlılık*. Konya: Eğitim Akademi Yayınları.

Gümüş, S. (2012). *Motivasyonun Örgütsel Bağlılığa ve Performansa Etkisi* (Vol. 51). İstanbul: Hiperlink Eğit. İlet. Yay. San. Tic. ve Ltd. Şti.

Gümüş, S. (2018). *Hizmet Pazarlaması*. Türkiye: Hiperlink Yayınları.

Hale, J. (2003). *Performance-Based Management: What Every Manager Should Do To Get Results*. The USA: John Wiley & Sons.

Ildır, A. (2008). *Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ile Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

İleri, Y. (2018). *Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Etkinlik ve Yerleşik Planın Önemi*. Konya: Eğitim Kitabevi.

Joseph, A. E. ve Phillips, D. R. (1984). *Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery.* Londra: Harper & Row Ltd.

Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. (6. Baskı). Ankara: Asil yayın dağıtım Ltd. Şti.

Kaplan, R. S. ve Norton, D. P (1996). Çeviren; Egeli, S. *Balanced Scorecard Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. (1996). *The Balanced Score Card: Translating Strategy Into Action*, the USA: Harvard Business Press.

Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik Tıp, Eczacılık, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri İçin*. Ankara: Nobel Yayınevi.

Kavuncubaşı, Şahin (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,* Ankara: Siyasal Kitapevi.

Khanka, S. S. (2006). *Organisational Behaviour*. S. India: Chand Publishing.

Koçel, T. (2015). *İşletme Yöneticiliği* 16. Baskı. İstanbul: Beta Yayınevi.

Koparal, C. (ed). (2004). *Yönetim Organizasyon*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.

La Forgia, G. M. ve Couttolenc, B. F. (2008). *Hospital Performance in Brazil The Search for Excellence*. Washington: The Word Bank.

McGinnis, J. M., Malphrus, E., ve Blumenthal, D. (Eds.). (2015). *Vital Signs: Core Metrics for Health and Health Care Progress*. the US: National Academies Press.

McKenna, E. F. (2000). *Business Psychology and Organisational Behaviour: A Student's Handbook.* New York: Psychology Press.

Meyer, J. P., Allen, N. J. (1997), *Commitment in the Workplace: Theory, Research, andApplication*, Thousand Oaks, CA: Sage.

Murray, C. J. L. ve Evans, . B. (2003). *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism.* The USA: World Health Organization.

Murray, P., Poole, D., ve Jones, G. (2006). *Contemporary Issues in Management and Organisational Behaviour*. Australia: Cengage Learning.

Niven, P. R. (2011). *Balanced Scorecard: Step-by-Step for Government and Nonprofit Agencies*. (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.

Orhunbilge, N. (2002). *Uygulamalı Regresyon ve Korelasyon Analizi. Gözden Geçirilmiş 2. Baskı*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları. Yayın No: 4328.

Özcan, Y. A., (2008). *Health Care Bechmarking and Performance Evaluation. An Assessment Using Data Envelopment Analysis (DEA)* (2nd ed.). the USA: Springer.

Özkul, A. E. (2009). Sağlık Sistemleri. İçinde Seçim, H. ve Hepkul, A. (Ed.), *Sağlık Kurumlarında Kaynak Planlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 768. 1-19.

Pramudita, C. D. (2016). *The Balanced Scorecard as Strategic Controlling Instrument. Introducing the Indicators-based BSC for Implementation of a Corporate Strategy from Four Different Perspectives*. Hamburg: Anchor Academic Publishing.

Robbins, S. P. (2001). *Organisational Behaviour: Global And Southern African Perspectives*. Cape Town, South Africa: Pearson.

Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. ve Leatherman, S. (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects*. the UK: Cambridge University Press.

Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences* (Vol. 3). The USA: Sage Publications.

Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.).(2013). *Hastane Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Tengilimoğlu, D. (2013). *Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. İçinde: Sağlik Kurumlarinda Kalite Yönetimi*. (Ed): Sıdıka Kaya. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi Gözden Geçirilmiş 7. Basım*. Ankara: Nobel.

Uyargil, C. (2015). *İnsan Kaynakları Yönetimi* (7. Baskı). İstanbul: Beta Basım.

Ülgen, H. ve Mirze, S. K. (2013). *İşletmelerde Stratejik Yönetim* 6. Baskı. İstanbul: Beta Basım.

Van Dooren, W., Bouckaert, G., ve Halligan, J. (2015). *Performance Management in The Public Sector*. London: Routledge.

Vigoda-Gadot, E. ve Drory, A. (Eds.). (2006). *Handbook of Organizational Politics*. The UK: Edward Elgar Publishing.

Walshe, K. (2003). *Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement?* the UK: McGraw-Hill Education.

Weisfeld, V. D. (2011). *Jonas and Kovner's Health Care Delivery in the United States*: Springer Publishing Company.

Wicker, D. ve Wicker, D. (2011). *Job Satisfaction: Fact or Fiction: Are You Satisfied with Your Job?* the USA: AuthorHouse.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2007). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Yıldırım, B. F., Önder, E. (2014). *İşletmeciler, Mühendisler ve Yöneticileri İçin Operasyonel, Yönetsel ve Stratejik Problemlerin Çözümünde Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri*. İstanbul: Dora Yayınevi.

Yücel, İ. ve Koçak, D. (2015). *Örgüt Kültürü, Personel Güçlendirme ve Örgütsel Bağlılık*. Türkiye: Eğitim Yayınevi.

Tezler

Alcan, S. (2015). *Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet ve Sağlık-Ücretler İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Ankara.

Atağan, G. (2010). *Muhasebe Tabanlı Performans Değerleme: Sektör ve Grup Şirket Uygulama Sonuçlarının Karşılaştırılması.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.

Çetin, S. (2011). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Etkinlik Sağlanması Açısından Sağlık Dönüşüm Programının Analizi ve OECD Ülkeleriyle Kıyaslanması.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Kütahya.

Erinç, M. S. (2013). *Bir İlin Aile Hekimlerinin Veri Zarflama Analizi İle Performanslarını Değerlendirme Çalışması.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ertürk Akdal, S. (2013). *Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi ve Veri Zarflama Analizi Tekniği İle Bölgesel Etkinlik Analizi Uygulaması.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

Gemmiti, M. (2008). *The Relationship Between Organizational Commitment, Organizational Identification and Organizational Citizenship Behavior*. GRIN Verlag. Almanya.

Kaldırım, Y. (2009). *Kurumsal Karne ve Bir İşletme Uygulaması Örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

Kolaylı, G. (2016). *Performansa Dayalı Ek Ücret Sisteminin İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Motivasyon Algılarına Etkisi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Edirne.

Russo, A. T. (2000). *Minimizing Employee Turnover by Focusing on the New Hire Process*. Universal-Publishers. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). North Central University, Arizona.

Saldanlı, A. (2006). *Geleneksel ve Değer Bazlı Finansal Performans Ölçüm Yöntemlerinin İncelenmesi ve Ekonomik Katma Değer Analizi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Para, Sermaye Piyasaları ve Finansal Kurumlar Bilim Dalı, İstanbul.

Sarı, Z. (2015). *Veri Zarflama Analizi ve Bir Uygulama.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/İstatistik Anabilim Dalı, Ankara.

Sürer, P. (2009). *Hastanede Çalışan Hemşirelerde İşgücü Devir Hızı ve Ayrılma Nedenlerinin İncelenmesi.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Tavzar, İ. (2014). *Tıbbi Atık Harcamalarında Etkinlik: Eskişehir İli Hastanelerinde Bir Uygulama.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilim Dalı, Eskişehir.

Tepe, M. (2006). *Kıyaslama Çalışmasında Veri Zarflama Analizi Kullanımı*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Torun, N. (2016). *Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Fototerapi Uygulamasına Yönelik Maliyet Etkililik Analizi Ankara İli Örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tregunno, D. J. (2002). *Development of an Emergency Department Performance Framework: Balancing Multiple Stakeholder Perspectives*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Graduate Department of Health Policy, Management and Evaluation University of Toronto, Toronto.

Tuncer, Ö. (2008). *Hastane İşletmelerinde Finansal Yapı ve Performans Ölçümünde Oran Analizinin Uygulanması Acıbadem Hastanesi Örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Usta, Z. (2012). *Türkiye'deki Kamu Hastanelerinin Etkinlik Analizi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi/Fen Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

Kurum Yayınları

112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi (2009). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Bakanlık Yayın No:754. Lazer Ofset Matbaa. Ankara.

Aydın, S. ve Demir, M. (2007). Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Onur Matbaacılık.

Aydın, S., Demir, M., Güler, H., Demir, B. ve Yorgancılar, S. (Ed.). (2008). Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu. World Health Organization Yayını. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara

Aydın, S., Demir, M., Güler, H.,Tarhan, D., Demir, B.ve Kapan, S. H.(Ed.). (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları. T. C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara: Lazer Ofset

Commonwealth of Australia. Steering Committee for the Review of Commonwealth/State Service Provision. (1997). Data Envelopment Analysis: A technique for measuring the efficiency of government service delivery. AGPS. Canberra

Cylus J, Papanicolas I, Smith PC (2016). Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. Health Policy Series, 46. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies.

Erkoç, Y., Şencan, İ. ve Atasever, M. (ed). (2012, Şubat). T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara. Erişim: 16.06.2019.

https://www.umke.org/images/dosyalarim/yoenetici_ve_birim_performans_kitab.pdf

Ham, C., Raleigh, V., Foot, C., Robertson, R., ve Alderwick, H. (2015). Measuring the performance of local health systems: a review for the Department of Health. *The King's Fund, London, UK*.

Joumard, I., Andre, C. ve Nicq, C. (2010). Health Care Systems: Efficiency And Institutions. OECD Yayınları. Economics Department JEL Classification: H21, H51, I11, I12, I18. France.

Murray, C. J., Knaul, F. M., Ke, X., Musgrove, P., ve Kawabata, K. (2000). Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system. *GPE Discussion Paper Series : No.24. World Health Organization*.

OECD (2008). Sağlık Sistemi İncelemeleri–Türkiye. Bölüm 3. Türk Sağlık Sisteminin Performansı ve Belirleyicileri. ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD ve IBRD/Dünya Bankası.

Papanicolas, I, ve Smith, P. C. (Ed.) (2013). *Health System Performans Comparison An Agenda for Policy, Information and Research.* European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. The USA.

Powell, M., Dawson, J., Topakas, A., Durose, J. ve Fewtrell, C. (2014). Staff Satisfaction and OrganisationalPerformance: Evidence From a Longitudinal Secondary Analysis of The NHS Staff Survey andOutcome Data. Health Serv Deliv Res 2(50).

Shaw, C. (2003). How can hospital performance be measured and monitored? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Copenhagen.

Smith, P. C., Mossialos, E. ve Papanicolas, İ. (2008). *Performance Measurement For Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects.*WHO Regional Office for Europe. Danimarka.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012, Mayıs). Türkiye Sağlık Sistemleri Performans Değerlendirmesi 2011. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara.

United States. Office of the Assistant Secretary for Health. (1979). *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General.

Üstün, T. B., Chatterji, S., Villanueva, M., Bendi, L., Çelik, C., Sadana,R., Valentine, N., Ortiz,J., Tandon, A., Salomon,J., Cao, Y., Jun,X. W., Özaltin, E., Mathers, C., Murray, C. J. L. (2001). WHO Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. GPE Discussion Paper 37.

WHO Resmi Web Sayfası, Human Rights and Health, Erişim: 18.12.2017 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/.

WHO. The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. Word Health Organization. Geneva. Erişim: 12.03.2018. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

WHOa (2014, Aralık). Basic Documents Forty-Eighth Edition. World Health Organization, Italy. Erişim: 13.06.2019. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf

WHOb. Gender, Equity and Human Rights. Erişim: 18.12.2017 http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/.

WHOc. (2008). The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. Word Health Organization. Switzerland. Erişim: 13.06.2019. https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.

WHOd. World Health Organization Assesses the World's Health Systems. Erişim: 29.07.2018. http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/.

Elektronik Kaynaklar

209 Sayılı Kanun. (Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun) Erişim: 05.10.2017. Http://Www.Mevzuat.Gov.Tr/Mevzuatmetin/1.4.209.Pdf

5705 Sayılı Yönetmelik. (2017). Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. Erişim: 18.10.2017. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf

58. Hükümet Acil Eylem Planı. Erişim: 05.10.2017. http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.H%C3%BCk%C3%BCmetAcilEylemPlan%C4%B1.pdf

ACSQH. The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Erişim: 07.11.2018. https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance/.

AHA. (1999). Accountability–The Pathway to Restoring Public Trust And Confidence For Hospitals and Other Health Care Organizations, Approved by AHA Board of Trustees, November 11-12, 1999. Erişim: 13.06.2019. https://slidex.tips/download/subject-to-the-obligation-to-report-explain-or-justify-something-responsible-ans.

Akman, N. (2015). Kamu Yönetiminde Hesap Verebilirlik. Erişim: 03.06.2018. http://necmiakman.blogspot.com/2015/01/necmi-akman-giris-20.html.

Commonwealth Fund, The Australian Health Care System. Erişim: 14.10.2018. https://international.commonwealthfund.org/countries/australia/

Çinal, A. (ed) (2009) Performans Kalite ve Hasta Güvenliği Ajansı Sayı 4. Erişim: 13.06.2019. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3906,ajans9gripdf.pdf?0

Çinal, A. (ed) (2011, Mayıs) Performans Kalite ve Hasta Güvenliği Ajansı Sayı 8. Erişim: 13.06.2019. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3911,ajans8pdf.pdf?0

Çinal, A. (ed) (2012, Şubat) Performans Kalite ve Hasta Güvenliği Ajansı Sayı 9. Erişim: 13.06.2019. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3906,ajans9gripdf.pdf?0

Çinal, A., Şencan, İ. ve Demir, M. (ed). (2011). 112 Hizmet Kalite Standartları Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Pozitif Matbaa. Ankara. Erişim: 10.11.2017. http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3726,sks-112pdf.pdf?0

Güler, H., Öztürk, A ve Tarhan, D. (2010). Kalitenin Yeni Adı: Hizmet Kalite Standartları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. Erişim: 26.10.2017. http://www.sdplatform.com/Dergi/405/Kalitenin-yeni-adi-Hizmet-kalite-standartlari.aspx

Hayran, O. Cevap Verebilirlik: Önemli Bir Performans Göstergesi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Platformu. Erişim: 04.05.2019. http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/479/Cevap-verebilirlik-onemli-bir-performans-gostergesi.aspx.

Hürriyet.com.tr. 17.11.2016 Tarihli Yazı. Müsteşar Gümüş: Aile Hekimliği Büyük Başarı Elde Etti. Erişim: 18.10.2017. http://www.hurriyet.com.tr/mustesar-gumus-aile-hekimligi-buyuk-basari-eld-40280229.

İl Sağlık Müdürlükleri Performans Değerlendirme Yönergesi. https://www.saglik.gov.tr/TR,21179/il-saglik-mudurlukleri-performans-degerlendirme-yonergesi--yayinlandi.html. Erişim: 07.11.2018.

JCI, Joint Commission International. Erişim: 05.11.2018. https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Turkey.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü web sayfası. Erişim: 07.11.2018. https://khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr/TR,43278/saglik-bakanligina-bagli-saglik-tesislerinin-verimliliginin-yerinde-degerlendirilmesi-yonergesi.html.

Koçgil, O. D., Beyan, T. ve Baykal, N. (2014). Sağlık Bakımı Performans Ölçümü İçin Bir Karşılaştırma Aracı Önerisi ve Türkiye Sağlık Bakım Sistemine Uygulanması. Erişim: 20.02.2016.www.researchgate.net/publication/261071219_Saglik_Bakimi_Performans_Olcumu_Icin_Bir_Karsilastirma_Araci_Onerisi_A_Framework_Proposal_for_Health_Care_Performance_Measurement_and_its_Application_to_National_Health_Care_System

Köse, S. K. (2008). Korelasyon ve regresyon analizi. *Çevrimiçi) http://tr. scribd. com/doc/2066772/korelasyon-analizi*, *9*.Erişim: 21.07.2109. http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt-pdf/Kenan_KOSE3.pdf

NHS Choices. Erişim: 21.11.2017 https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx#.

NHS Digital web sayfası. Erişim: 13.10.2018. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/ccg-outcomes-indicator-set/current.

NHS Greater Preston. Erişim: 10.06.2018.https://www.greaterprestonccg.nhs.uk/quality-and-clinical-effectiveness#clinical%20effectiveness.

NICE web Sayfası, Erişim: 13.10.2018. https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators.

NIH web sayfası. Erişim: 15.10.2018. https://www.nia.nih.gov/research/resource/patient-reported-outcomes-measurement-information-system-promis.

NSI (2015). 2016 National Healthcare Retention & RN Staffing Report. NSI Nursing Solutions, Inc. Erişim: 02.11.2018. https://avanthealthcare.com/pdf/NationalHealthcareRNRetentionReport2016.pdf

OECD (2010), Accountability and Transparency: A Guide for State Ownership, Corporate Governance, OECD Publishing, Paris, Erişim: 03.06.2018. http://dx.doi.org/10.1787/9789264056640-en.

Prakash, G ve Singh, A. (2013). Responsiveness in a District Health System: The Changing Relationship of the State with its Citizen. Erişim: 11.06.2019. http://www.umdcipe.org/conferences/policy_exchanges/conf_papers/Papers/1921.pdf

RACGPa Erişim: 07.11.2018. https://www.racgp.org.au/education/students/a-career-in-general-practice/become-a-gp?utm_source=Link&utm_campaign=about_the_racgp.

RACGPb. The Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practices. 5th edn. East Melbourne, Vic: RACGP, 2017. Erişim: 07.11.2018. https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Running%20a%20practice/Practice%20standards/5th%20edition/Standards-for-general-practice-5th-edition.pdf.

Resmi Gazete. (2017). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Erişim: 18.10.2017. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/05/20170516-1.htm.

ResmiGazete No: 27906. Tarih: 15 Nisan 2011. Erişim: 05.10.2017. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110415-17.htm.

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. 27.07.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazete. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150627-2.htm

SKS ADSH. Erişim: 26.05.2019. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10932,sks-adsh-2017pdf.pdf?0.

SKS Diyaliz. Erişim: 26.05.2019. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6537,sks-diyaliz-kitabipdf.pdf?0.

SKS Hastane Versiyon-5; Revizyon-01. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Erişim: 07.11.2018. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0.

SKS-Evde Sağlık. Erişim: 26.05.2019. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9783,sks-evde-saglik-kitap-2017pdf.pdf?0.

T.C. Anayasası. Erişim: 18.12.2017. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı (Nisan 2008). Aile Hekimliği Uygulamasında Performans Hesaplama Yöntemi Sürüm 2.2. Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. Erişim: 18.10.2017. http://akgunahbs.com/ahbs_yonetmelik_dosyalari/Performans_Kriterleri_Surum2.2.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı(c). Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge, 05. 11.2010 tarih ve 44101 sayısı Makam Onayı. Erişim: 18.04.2019. https://www.memurlar.net/common/news/documents/195077/02yoneticiislenmis.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı(a). 09.07.2008 tarih ve 2039 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. Erişim: 25.10.2017. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ilperf/belge/genel_yazi.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı(b). Sağlıkta Verimlilik, Kalite Ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-112 (Versiyon-3). Erişim: 10.03.2019. https://kalite.saglik.gov.tr/TR,43092/saglikta-kalite-standartlari-sks-112-versiyon-3-yayimlandi.html

T.C. Sağlık Bakanlığı(d), Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 04.11.2018. https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,40307/sozlesmeli-yonetici-performans-degerlendirme-kriterleri-gosterge-kartlarinin-yayinlanmasi-hakkinda.html.

T.C. Sağlık Bakanlığı(e), TKHK Merkez Teşkilatı Görev ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim: 05.11.2018. https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/24283?AspxAutoDetectCookieSupport1.

T.C. Sağlık Bakanlığı(f), Erişim: 05.11.2018. https://khgmverimlilikkalitedb.saglik.gov.tr/TR,33756/tarihcemiz.html.

T.C. Sağlık Bakanlığı(g), Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. Erişim: 07.11.2018. http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,12680/guncel-standartlar.html.

Talinn Şartı (2008). Sağlık ve Refah için Sağlık Sistemleri. DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı. Erişim: 05.11.2017. https://www.google.com.tr/search?biw=1366&bih=588&ei=iDn_Wbz3BYbdgAbUxKfAAQ&q=tallinn+s%C3%B6zle%C5%9Fmesi+sa%C4%9Fl%C4%B1k&oq=tallinn+s%C3%B6zle%C5%9Fmesi+sa%C4%9Fl%C4%B1k&gs_l=psy-ab.3..33i160k1l3.1437695.1438968.0.1439995.7.7.0.0.0.0.201.930.0j5j1.6.0....0...1.1.64.psy-ab..1.5.776....0.Wfii2ZOVK-o

Tarcan, M . (2006). Sağlık kurumlarında performans ölçüm kriterleri: gözden geçirme ve araştırma önerileri. Verimlilik Dergisi, (2),0-0. http://dergipark.gov.tr/verimlilik/issue/30687/331531.

TKHK. 15.06.2016 tarih ve 443 sayılı Kısmen Red Kısmen İptal Konulu Resmi Yazı. http://www.memurmaasmutemeti.com/haber/1153/performansa-dayali-doner-sermaye-ek-odemede-birim-performans-katsayisi-bpk-kaldirilmistir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Resmi Web sayfası, Erişim: 11.04.2016. http://www.tkhk.gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-karnesi-gosterge-kartlari

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Resmi Web sayfası. Erişim:11.04.2016. www.thkh.gov.tr/DB/19747_DB_19_tarihcemiz.

TÜSEB web sayfası. Erişim: 05.11.2018. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/tuska-hakkinda.

U.S. National Library of Medicine. Erişim: 15.10.2018. https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/63.

FORMLAR

ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

"Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Yönetimi ve Bir Uygulama" başlıklı çalışmamızda hastanelerde, personel ile ilişkili faktörlerin kurumsal performans üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları sağlık alanında kurumsal performansın geliştirilmesi konusunda eğitim gören, görev yapan kişilere ve aynı zamanda sağlıkta politika ve strateji üreten karar vericilere katkı sağlayan bir referans kaynak olarak faydalı olması düşünülmektedir.

Anketimizi doldurarak, bu amaca katkı sağladığınız için sizlere teşekkür ederiz.

Bölüm 1:
Lütfen aşağıdaki seçeneklerden sizin için en uygun olanını işaretleyiniz.

1. **Yaşınız.**

   a) 18-25 b) 26-35 c) 36-45 d) 46-55 e) 56-65 f) 66 ve üzeri

2. **Cinsiyetiniz.**
   a) Kadın b) Erkek
3. **Toplam çalışma süreniz** (daha önceki çalıştığınız kurumlar da dahil olmak üzere). (Lütfen boş alanı doldurunuz).
   ……yıl …….ay
4. **Şu anda çalıştığınız kurumda çalışma süreniz** (Lütfen boş alanı doldurunuz).

   ……yıl …….ay

5. **Göreviniz**
   a) Doktor b) Diş Hekimi c) Hemşire d) Ebe e) ATT

   f) Yönetim Kadrosu (Başhekim/Bakım Hiz. Müdürü/ İdari Mali İşler Müdürü ve Yardımcıları)

   g) Diğer (Lütfen boş alanı doldurunuz).…….

6. **Çalıştığınız Birim** (Örneğin; acil servis, dahiliye kliniği, ameliyathane, maaş birimi, satın alma, vb.)

…….
7. **Çalıştığınız Hastane Adı:**
……
8. **Öğrenim Durumunuz**

a) Lise b) 2 yıllık yüksek okul c) 4 yıllık üniversite d)Yüksek lisans
e) Doktora (Hekim Dahil)

Bölüm 2:

NO	Aşağıdaki cümleler kişilerin çalıştıkları kuruluş hakkında çeşitli duygu ve fikirlerini yansıtmaktadır. Lütfen bu cümlelere şu anda çalıştığınız kuruluş açısından ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Meslek hayatımın kalan kısmını bu kuruluşta geçirmek beni çok mutlu eder.					
2	Bu kuruluşun meselelerini gerçekten de kendi meselelerim gibi hissediyorum.					
3	Kuruluşuma karşı güçlü bir aitlik hissim yok.					
4	Bu kuruluşa kendimi "duygusal olarak bağlı" hissetmiyorum.					
5	Kendimi kuruluşumda "ailenin bir parçası" gibi hissetmiyorum.					
6	Bu kuruluşun benim için çok kişisel (özel) bir anlamı var.					
7	Şu anda kuruluşumda kalmak istek meselesi olduğu kadar mecburiyetten.					
8	İstesem de, şu anda kuruluşumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu.					
9	Şu anda kuruluşumdan ayrılmak istediğime karar versem, hayatımın çoğu alt üst olur.					
10	Bu kuruluşu bırakmayı düşünemeyeceğim kadar az seçeneğim olduğunu düşünüyorum					
11	Mevcut işverenimle kalmak için hiçbir manevi yükümlülük hissetmiyorum.					
12	Bu kuruluştan ayrılmanın az sayıdaki olumsuz sonuçlarından biri alternatif kıtlığı olurdu.					
13	Eğer bu kuruluşa kendimden bu kadar çok vermiş olmasaydım, başka yerde çalışmayı düşünebilirdim.					
14	Benim için avantajlı da olsa, kuruluşumdan şu anda ayrılmanın doğru olmadığını hissediyorum.					
15	Kuruluşumdan şimdi ayrılsam kendimi suçlu hissederim.					
16	Bu kuruluş benim sadakatimi hak ediyor.					
17	Buradaki insanlara karşı yükümlülük hissettiğim için kuruluşumdan şu anda ayrılmazdım.					
18	Kuruluşuma çok şey borçluyum.					

Bölüm 3:

NO	Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeye, "işimin bu yönünden ne kadar memnunum?" diye düşünerek cevap veriniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2	Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından					
3	Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
4	Toplumda saygın bir kişi olma şansını bana vermesi bakımından					
5	Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
6	Bana sabit bir iş sağlaması açısından					
7	Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından					
8	Başka kişilere ne yapacaklarını söyleme şansım olması bakımından					
9	Yeteneklerimi kullanabilme imkanımın bulunması bakımından					
10	Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
11	İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi bakımından					
12	Yaptığım iyi bir iş için duyduğum başarı hissinden					
13	Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından					
14	Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
15	İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından					
16	Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından					
17	İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
18	Çalışma şartları bakımından					
19	Çalışma arkadaşlarının birbirleri ile anlaşması bakımından					
20	Yaptığım iyi bir iş karşısında takdir edilme açısından					

Bölüm 4:

NO	Lütfen aşağıda yer alan ifadeleri çalıştığınız kurumu göz önünde bulundurarak cevaplayınız.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Kurumum, daha verimli olma yollarını ararken bilgi ve becerilerimi iyi kullanmaktadır.					
2	Kurumum, yönetimde ve işlerin yürütülmesinde maliyetleri azaltmaya çalışır.					
3	Son iki yılda, çalıştığım birimin verimliliği artmıştır.					
4	Genel olarak, mevcut çalışma grubumda iş arkadaşlarım tarafından yapılan işin kalitesi yüksektir.					
5	Kurumum, çalışanların politik görüşleri, cinsiyetleri, memleketleri, medeni halleri, yaşları veya özürlülük durumları açısından ayrım yapmaksızın, personel yönetiminin tüm yönlerinde adil ve eşit davranır.					
6	Genel olarak, kurumumda unvan ve derecesi açısından ayrım yapılmaksızın, herkese saygılı davranılır.					
7	Kurumum hizmet alanlara (hasta ve hasta yakınları) hızlı bir şekilde hizmet vermektedir.					
8	Kurumumda, hizmet sunumu esnasında nadiren büyük hatalar yapılır.					
9	Çalıştığım birim tarafından sunulan hizmet, halktan toplanan vergilerin karşılığını yeterince vermektedir.					
10	Kurumumda konulan hedeflere ulaşma düzeyi oldukça yüksektir.					
11	Kurumum, hizmet verdiği kişilerin geçmişlerine bakmaksızın adil ve eşit hizmet sunar.					
12	Kurumuma karşı müşteri memnuniyeti çok yüksektir.					

Tarih ve Sayı: 06/05/2019-21476

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ

00992499729

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Özlem GÜDÜK'ün Araştırma İzni

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü 34320 Avcılar/İstanbul)

İlgi : a) 18/01/2019 tarihli ve 71211201-5699 sayılı yazınız.
b) 25/04/2019 tarihli ve 41340010-604.01.01-18797 sayılı yazısı.
c) 29/04/2019 tarihli ve 79341859-604.01.01-10909 sayılı yazısı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi Özlem GÜDÜK'ün **"Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Yönetimi ve Bir Uygulama"** konulu çalışmasını, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH ve Şişli Hamidiye Etfal EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanelerin ilgi sayılı yazılarına istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

...Lİ ELEKTRONİK İMZAL
...ASLI İLE AYNIDIR
30/04/2019

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlığın Geliştirilmesi Birimi Şubesi
Birim Sorumlusu

İ.Ü. CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri ve Genel Evrak Md.
Gelen Evrak
Sayı:
02.05.2019

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul
Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99
e-Posta:selenin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi: selenin.nazligul@beyoglusb.gov.tr
Bilgi için:Selenin NAZLIGÜL
TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0 212 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 3570bc1c-25e9-4313-a032-80bbed650b23 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayı: 07/05/2019-21664

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Özlem GÜDÜK'ün Araştırma İzni

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü 34320 Avcılar/İstanbul)

İlgi : a) 18/01/2019 tarihli ve 71211201-5699 sayılı yazınız.
b) 30/01/2019 tarihli ve 91825363-604.01.01-709 sayılı yazı.
c) 29/01/2019 tarihli ve 92302355-903.02.99-1039 sayılı yazı.
d) 30/01/2019 tarihli ve 46059653-799-21 sayılı yazı.
e) 30/01/2019 tarihli ve 12963558-604.01.01-573 sayılı yazı.
f) 30/01/2019 tarihli ve 30160612-604.01.01-1366 sayılı yazı.
g) 30/01/2019 tarihli ve 55607146-604.01.01-926 sayılı yazı.
h) 30/01/2019 tarihli ve 45203095-604.01.01-749 sayılı yazı.
i) 31/01/2019 tarihli ve 17091262-604.01.01-362 sayılı yazı.
j) 31/01/2019 tarihli ve 82998542-604.01.01-2843 sayılı yazı.
k) 31/01/2019 tarihli ve 97903124-604.01.01-272 sayılı yazı.
l) 31/01/2019 tarihli ve 24978049-604.01.01-1089 sayılı yazı.
m) 31/01/2019 tarihli ve 53838792-774.99-1410 sayılı yazı.
n) 01/02/2019 tarihli ve 47150177-604.01.01-1156 sayılı yazı.
o) 06/02/2019 tarihli ve 48670771-771-3291 sayılı yazı.
p) 06/02/2019 tarihli ve 97010115-604.01.01-1533 sayılı yazı.
q) 08/02/2019 tarihli ve 66251834-773.03-831 sayılı yazı.
r) 08/02/2019 tarihli ve 66628377-929-72 sayılı yazı.
s) 12/02/2019 tarihli ve 74839299-604.01.01-2722 sayılı yazı.
t) 21/02/2019 tarihli ve 21277189-604.01.01-2446 sayılı yazı.
u) 07/03/2019 tarihli ve 53349220-604.01.01-772 sayılı yazı.
v) 28/03/2019 tarihli ve 90785684-604.01.01-1431 sayılı yazı.
w) 01/04/2019 tarihli ve 80929729-604.01.01-9774 sayılı yazı.
x) 08/04/2019 tarihli ve 30279032-799-34 sayılı yazı.
y) 01/02/2019 tarihli ve 75233404-604.01.01-646 sayılı yazı.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIDIR
25/04/2019

Perihan GÖRECEK

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeyinburnu/İstanbul
Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99
e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
selmin.nazligul@beyazsehirlik.gov.tr
Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL
TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0 212 638 33 99

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Cerrahpaşa Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi Özlem GÜDÜK'ün **"Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Yönetimi ve Bir Uygulama"** konulu çalışmasını, ekte yer alan hastanelerde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH, Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Pendik DH, Sultanbeyli DH, Maltepe DH, Tuzla DH (tez sonucunun taraflarına iletilmesi kaydıyla), Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH, Bahçelievler DH, Bağcılar EAH, Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi, Okmeydanı EAH, Beyoğlu Göz EAH, Eyüpsultan DH, Kağıthane DH, İstanbul EAH, Haseki EAH, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Murat Kölük DH, Başakşehir DH, Beylikdüzü DH (tez sonucunun taraflarına iletilmesi kaydıyla), Silivri DH, Kanuni Sultan Süleyman EAH ve Büyükçekmece Mimar Sinan DH'nin ilgi sayılı yazılarına istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Metin Sabancı Kemik Hastalıkları EAH'nin ilgi y) sayılı yazısına istinaden araştırmacının hastanenin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kuruluna başvurması halinde, hastane tarafından tekrar değerlendirilecek olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Ek:

1- Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH'nin Görüş Yazısı
2- Dr. Lütfi Kırdar EAH'nin Görüş Yazısı
3- Marmara Üniversitesi Pendik EAH'nin Görüş Yazısı
4- Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi EAH'nin Görüş Yazısı
5- İstinye DH'nin Görüş Yazısı
6- İlyas Çokay DH'nin Görüş Yazısı
7- Necmi Kadıoğlu DH'nin Görüş Yazısı
8- Sait Çiftçi DH'nin Görüş Yazısı
9- Taksim EAH'nin Görüş Yazısı
10- Silivri Ceza İnfaz Kurumu DH'nin Görüş Yazısı
11- Esenler Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
12- İstanbul Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon EAH'nin Görüş Yazısı
13- Bayrampaşa DH'nin Görüş Yazısı
14- Dr. Sadi Konuk EAH'nin Görüş Yazısı

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul
Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99
e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi: selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr
Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL
TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0 212 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 15166671-5723-4bca-9714-ebc24d58823a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 16/01/2019-10234

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı :35980450-663.05-
Konu :Özlem GÜDÜK

Sayın Özlem GÜDÜK

İlgi :28/12/2018 tarihli, 116736 sayılı yazı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz 2018/157 dosya numaralı "Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Yönetimi ve Bir Uygulama" başlıklı çalışma Kurulumuzun 07.01.2019 tarih 01 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

EK :
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

16/01/2019 B.İşl. : S.ARIK

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

İlgili makama,

İ.Ü. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi **Özlem GÜDÜK** "Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Yönetimi ve Bir Uygulama" başlıklı, **2018/157** dosya numaralı 28.12.2018 tarih ve **116736** sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 07.01.2019 tarihinde gerçekleşen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☑ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☑ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☑	☑ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☐ M.Katılmadı	
Doç. Dr. Şerife Sema KARAKELLE	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☑ M.Katılmadı	
Dr. Öğr. Üyesi Göklem TEKDEMİR YURTDAŞ	Edebiyat Fakültesi	E ☐ H ☐	☐ Onay ☐ Katılmadı ☐ Ret ☑ M.Katılmadı	

EK: 1 HASTANE LİSTESİ

1. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Bahçelievler Devlet Hastanesi
3. Başakşehir Devlet Hastanesi
4. Beykoz Devlet Hastanesi
5. Beylikdüzü Devlet Hastanesi
6. Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7. Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi
8. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
9. Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
10. Erenköy Ruh ve Sinir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
11. Eyüpsultan Devlet Hastanesi
12. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi
13. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
14. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
15. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
16. İstanbul Lepra Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi
17. Kâğıthane Devlet Hastanesi
18. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
19. Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
20. Maltepe Devlet Hastanesi
21. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
22. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
23. Murat Kölük Devlet Hastanesi
24. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
25. Pendik Devlet Hastanesi
26. Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
27. Silivri Devlet Hastanesi
28. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
29. Sultanbeyli Devlet Hastanesi
30. Şile Devlet Hastanesi
31. Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
32. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
33. Tuzla Devlet Hastanesi
34. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
35. Üsküdar Devlet Hastanesi
36. Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
37. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
38. Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL PERFORMANS YÖNETİMİ VE BİR UYGULAMA

ORİJİNALLİK RAPORU

%9	%7	%2	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
2	www.kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
3	www.academia.edu İnternet Kaynağı	<%1
4	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<%1
5	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
6	isletmecilik.org İnternet Kaynağı	<%1
7	kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özlem	**Soyadı**	GÜDÜK
Doğ.Yeri	İzmit	**Doğ. Tar.**	10.09.1978
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	29644671100
Email	gudukozlem@gmail.com	**Tel**	05327282978

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2019
Yük. Lisans	Okan Üniversitesi İşletme (İngilizce)	2014
Lisans	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Anadolu Üniversitesi İşletme	2011 2012
Lise	Görele Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Uzman	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	2017-Devam
2.	Birim Sorumlusu	İstanbul Anadolu Kuzey Birliği	2016-2017
3.	Müdür Yardımcısı	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-2015

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi	-	YDS Puanı 94

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Word	Çok İyi
Microsoft Excel	Çok İyi
Microsoft Power Point	Çok İyi

Yayınları

Makale

- Güdük, Ö., Kılıç, C. H., Güdük, Ö. (2018). *Radyasyonun Zararli Etkileri Hakkinda Hastalarin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği.* Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2), 874-889.
- Güdük, Ö. ve Önder, E. (2018). *Sağlık Hizmetlerinde Veri Giriş Personeli İşe Alım Sürecinde Analitik Hiyerarşi Prosesi Tekniğinin Kullanılması,* Sosyal Güvence Dergisi, Yıl:7, Sayı:13. DOI: 10.21441/sguz.2018.63
- Güdük, Ö. ve Önder, E. (2018). *Sağlık Sektöründe İşyeri İletişimi Açısından WhatsApp Uygulaması Kullanımının AHP Yöntemi ile Değerlendirilmesi.*
- Güdük, Ö. ve Güdük, Ö. (2017). *Palyatif Bakım Üniteleri Performansının TOPSIS Yöntemi İle Değerlendirilmesi.* Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 511-525.

Sözel Bildiri

- Güdük, Ö., Güdük, Ö., Sertbaş, Y., Yazıcı, Z. (2019).*Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Ziyaret Edilen Tip 2 Diyabet Tanılı Hastaların Mevcut Durum Analizi.* Sağlık Bilimleri Üniversitesi 2. İç Hastalıkları Kongresi, İstanbul.
- Güdük, Ö., Güdük, Ö., Sertbaş, Y., Satman, İ. (2019). *Evde Sağlık Hizmetlerinde Bakım Verenlerin Bilgi ve Beceri Seviyesinin Ölçülmesi.* Üsküdar Üniversitesi 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetim Kogresi, İstanbul.
- Sevim, E. ve Güdük, Ö. (2018). *Kamu Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Pazarlamaya Bakış Açılarının Değerlendirilmesi: İstanbul Örneği.*1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi. Burdur.
- Taş, N., Önder, E., Güdük, Ö., Boz. C. (2017). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrası Türkiye'nin Makro Düzeyli Sağlık Göstergelerinin OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması: Bir Uygunluk Analizi.* 1. Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresi. İstanbul.
- Güdük, Ö. ve Önder, E. (2017). *Sağlık Sektöründe İşyeri İletişimi Açısından WhatsApp Uygulaması Kullanımının AHP Yöntemi ile Değerlendirilmesi.* 1. Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresi. İstanbul.

Sertifikaları

- Anne Sütü ile Beslenmede Danışmanlık ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Ulusal Değerlendirmeci Eğitimi, Sağlık Bakanlığı, 2017.
- Immunization Program and Vaccines Cooperation for Developing Countries, Çin Halk Cumhuriyeti, 2017.
- Proje Döngüsü Yönetimi Eğitimi, İstanbul Kalkınma Ajansı, 2015.
- Sağlık Turizmi Uzman Sertifikası, İstanbul Teknik Üniversitesi, 2014.
- Sağlık Hukuku, Acıbadem Üniversitesi, 2010.
- Kalite Yönetim Sistemi, TSE, 2010.
- Kalite Yönetim Sistemi İç Tetkik Eğitimi, TSE, 2010.
- Sterilizasyon Hemşireliği, Bağcılar Devlet Hastanesi, 2009.
- Ameliyathane Hemşireliği, Sağlık Bakanlığı, 2007.
- Acil Tıp Eğitimi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2003.
- Bilgisayar Meslek Dalı Eğitim Programı, Kartal Halk Eğitim Merkezi, Ağustos- Eylül 2002.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat etmek, spor yapmak.