T.C.
KAYSERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ

Hazırlayan
Memiş KARACA

Danışman
Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Mayıs 2021
KAYSERİ

T.C.
KAYSERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hazırlayan
Memiş KARACA

Danışman
Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

Mayıs 2021
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

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

Adı-Soyadı: Memiş KARACA

İmza:

T.C.
KAYSERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Tez Başlığı: Sağlık Personelinin Performans Değerlendirmesine Yönelik Model Önerisi

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Giriş, b) Ana bölümler ve c) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 88 sayfalık kısmına ilişkin, 21/04/2021 tarihinde ***Turnitin*** intihal programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre, tezimin benzerlik oranı: % 7 'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1- Giriş dahil
2- Ana Bölümler dahil
3- Sonuç dahil
4- Alıntılar dahil/hariç
5- Kapak hariç
6- Önsöz ve Teşekkür hariç
7- İçindekiler hariç
8- Kaynakça hariç
9- Özet hariç
10- Yedi (7) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Önerisi Hazırlama, Tez Yazma ve Teslim Yönergesini inceledim ve bu yönergede belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. ……../……./…….

Adı Soyadı : Memiş KARACA
Öğrenci No : 4034330019
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Program Adı : Sağlık Yönetimi

Danışman: Adı/İmza

Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

Öğrenci Adı/İmza

Memiş KARACA

YÖNERGEYE UYGUNLUK

Sağlık Personelinin Performans Değerlendirmesine Yönelik Model Önerisi adlı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi' ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi hazırlayan	Danışman
Memiş KARACA	Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı
Prof. Dr. Derviş BOZTOSUN

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ danışmanlığında Memiş KARACA tarafından hazırlanan "Sağlık Personelinin Performans Değerlendirmesine Yönelik Model Önerisi" adlı bu çalışma jürimiz tarafından Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında **yüksek lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

…../…./…….

JÜRİ

Danışman: Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

Üye: ……

Üye: ……

ONAY: Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ……. tarih ve

……..sayılı kararı ile onaylanmıştır.

…../…./…….

Prof. Dr. Hatice ERKEKOĞLU

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ / TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, birikim ve tecrübeleri ile her daim yol gösteren, kıymetli vaktini benden esirgemeyen saygıdeğer hocam, danışmanım Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ'a desteği, anlayışı ve sabrı için candan teşekkür ediyorum.

Tez çalışmama başladığım günden bu yana dünyada pandemi olarak ilan edilen Covid-19 (Coronavirüs) salgını ile büyük bir özveri ve gayretle gecesini gündüzüne katıp, aileleri ve sevdiklerinden uzak kalarak vatandaşlarımızın sağlıklarını kendi canlarının önüne koyup görevlerini büyük bir fedakârlıkla yerine getiren, saygıdeğer meslektaşlarıma, tüm sağlık çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Yaşamım boyunca yanımda olan, beni yetiştirerek bugüne getiren annem ve babama, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, her daim yanımda olan KARACA ailesine şükranlarımı sunuyorum.

Memiş KARACA

Kayseri, Mayıs 2021

SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ

Memiş KARACA

Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi, Mayıs 2021
Danışman: Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

KISA ÖZET

Günümüz işletmelerinin kaynaklarını etkin ve verimli kullanabilmesi, ortalama üzerinde gelir elde etmesi, sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlayabilmesi ve varlığını devam ettirebilmesi için nitelikli insan kaynağına sahip olması önem arz etmektedir. Bu durum sağlık sektöründe daha da önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ifa edilmesi noktasında etkinlik ve verimlilik sadece tıbbi cihaz, tıbbi malzemeler gibi maddi unsurlar değildir. Sağlık işletmelerinin emek yoğun işletmeler olması nedeniyle, etkinlik ve verimlilik unsurlarının büyük oranda sağlık hizmetini sunan sağlık personeline bağlı olduğunu ifade etmek mümkündür. Sağlık işletmelerinin kaynaklarının etkin ve verimli kullanabilmesi için sağlık personeline yönelik somut çıktılara dayanan ve tarafsız performans değerlendirme kriterlerine sahip performans değerlendirme sisteminin olması gerekmektedir. Bu kapsamda oluşturulacak performans değerlendirme sisteminin de dâhil edildiği kriterlerin önem derecelerinin ortaya koyulması ve uzman kişilerce karar verilmesi önemlidir. Çünkü karar verme işlemlerinin ana konusunu sübjektif kriterlerin mümkün olduğunca objektif kriterler vasıtasıyla değerlendirilebilmesidir.

Bu çalışmada sağlık personelinin performans değerlendirmesine yönelik model önerisi kapsamında çok kriterli karar verme tekniklerinden olan AHP tekniği kullanılmıştır. Bu çalışmanın esas amacı sahada ve literatürde boşluğu bulunan sağlık personeline yönelik performans değerlendirme model önerisi sunarak, performans değerlendirme noktasında özgün kriterler tespit etmek ve bu kriterlerin önem derecelerinin belirlenmesini sağlamaktır.

Bu kriterlerin önem derecelerinin belirlenmesi için halen aktif görevde olan ve çoğu yöneticilerden oluşan alanında uzman 10 sağlık personeli belirlenmiştir. Ardından AHP tekniğinin aşamaları uygulanmış ve ana kriterler içerisinde en önemli kriterin demografik kriterler olduğu saptanmıştır. Ana kriterler içerisinde ise demografik

kriterlere bağlı alt kriterlerden en önemlisi medeni durum kriteri olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, kişilik kriterinde en önemli kriterin kendine güven kriteri, mesleki bilgi ve beceri kriterine bağlı alt kriterlerinden mesleki bilgi düzeyi, son kriter olan uygulama ana kriterinin içerisinden ise en önemli kriterin iş takibi raporlama ve dosyalama kriteri olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Performans değerlendirme, Sağlık Personeli, Analitik Hiyerarşi Prosesi(AHP)

MODEL RECOMMENDATION FOR PERFORMANCE EVALUATION OF HEALTH PERSONNEL

Memiş KARACA

Kayseri University Institute of Graduate Education
Master Thesis, May 2021
Consultant: Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

ABSTRACT

It is important that today's enterprises have qualified human resources in order to use their resources effectively and efficiently, to generate above-average income, to provide sustainable competitive advantage and to maintain their existence. This situation is an even more important element in the health sector. Effectiveness and efficiency in the performance of health services are not only material elements such as medical devices and medical supplies. Since health enterprises are labor-intensive enterprises, it is possible to state that the factors of effectiveness and efficiency depend largely on the health personnel providing health care. In order for health enterprises to use their resources effectively and efficiently, it is necessary to have a performance evaluation system based on concrete outputs for health personnel and with impartial performance evaluation criteria. In this context, it is important to establish the importance of the criteria including the performance evaluation system and to make decisions by experts. Because the main subjective criteria of decision-making can be evaluated as much as possible through objective criteria.

In this study, AHP technique, which is one of the multi-criteria decision-making techniques, was used within the scope of the model proposal for performance evaluation of medical personnel. The main purpose of this study is to establish unique criteria at the point of performance evaluation and to determine the importance of these criteria by offering performance evaluation model recommendations for health personnel who have gaps in the field and literature.

In order to determine the severity of these criteria, 10 medical personnel, most of whom are experts in their fields, who are still on active duty, have been identified. Then, the stages of AHP technique were applied and it was determined that the most important criterion among the main criteria was demographic criteria. Among the main criteria, the most important of the sub-criteria depending on demographic criteria was

determined as the marital status criterion. In addition, it was determined that the most important criterion in the personality criterion is the self-confidence criterion, the level of professional knowledge from the sub-criteria depending on the professional knowledge and skill criterion, and the most important criterion from the main criterion of application, which is the final criterion, is the job tracking reporting and filing criterion.

Keywords: Performance Evaluation, Medıcal Staff, Analytical Hierarchy Process(AHP)

İÇİNDEKİLER

SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK ..... **i**
İNTİHAL FORMU ..... **ii**
YÖNERGEYE UYGUNLUK ..... **iii**
KABUL VE ONAY SAYFASI ..... **iv**
ÖNSÖZ / TEŞEKKÜR ..... **v**
ÖZET ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **x**
KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **xiii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xiv**
GİRİŞ **1**

BİRİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS VE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

1.1. Performans Kavramı 4
1.1.1. Performans Etkileyen Faktörler 5
1.1.2. Performansın Boyutları 6
1.2. Performans Yönetimi 7
1.2.1. Performans Yönetiminin Amaçları 8
1.2.2. Performans Yönetimi Sisteminin Yararları 10
1.3. Performans Değerlendirme 11
1.3.1. Performans Değerlendirilmesinde Kullanılan Kriterler 16
1.4. Performans Değerlendirme Yöntemleri 18
1.4.1. 360 Derece Geri Bildirim Yöntemi 18
1.4.2. Derecelendirme Ölçeği Yöntemi 19
1.4.3. Kritik Olay Yöntemi 20
1.4.4. Deneme yöntemi 20
1.4.5. Çalışma Standartları Yöntemi 21
1.4.6. Sıralama Yöntemi 21
1.4.7. Sonuca Dayalı Yöntem 22
1.4.8. Zorunlu Dağıtım Yöntemi 22

1.4.9. Davranışsal Bağlantılı Derecelendirme Ölçeği Yöntemi (BARS) 22

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS DEĞERLENDİRME VE SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

2.1. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme 24
2.2. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme Süreci 28
2.3. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirmenin Yararları 32
2.4. Türk Sağlık Sisteminde Performans Değerlendirme 34
2.5. Türkiye Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi 35
2.6. Sağlık İşletmelerinde Kullanılan Performans Değerlendirme Kriterleri..... 37
2.7. Çalışmada Kullanılacak Performans Değerlendirme Kriterleri..... 41
2.7.1. Demografik Kriterler 42
2.7.2. Kişilik Kriterleri 42
2.7.3. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterleri 44
2.7.4. Uygulama Kriterleri..... 45

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANALİTİK HİYERARŞİ PROSESİ İLE SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRME MODEL ÖNERİSİ

3.1. Analitik Hiyerarşi Prosesi Tanımı ve Tarihçesi..... 48
3.2. Analitik Hiyerarşi Prosesi Aşamaları..... 53
3.3. Sağlık Personeli İçin Performans Değerlendirme Model Önerisi 60
3.3.1. Problemin Tanımlanması 60
3.3.2. Kriterlerin Hiyerarşik Yapısının Oluşturulması 61
3.3.3. Ana Kriterler ve Alt Kriterler Arasında İkili Karşılaştırma Matrisleri 61
3.3.4. Normalize Edilmiş Matrisler ve Öncelik Vektörlerinin Belirlenmesi 64
3.3.5. Tüm Öncelikler Matrisi ve Tutarlılık Oranlarının Hesaplanması 70

SONUÇ VE ÖNERİLER 76

KAYNAKÇA 81

EKLER 91

EK(1) Anket Formu 91
EK(2) Anket Sonuçlarına Ait Ortak Görüş 95
EK(3) Etik Kurulu Onay Formu 96

ÖZGEÇMİŞ 97

KISALTMALAR LİSTESİ

AD : Analitik Düşünme

AHP : Analitik Hiyerarşi Prosesi

BARS : Davranışsal Olarak Bağlantılı Derecelendirme Ölçeği Yöntemi

ÇAİUİ : Çalışma Arkadaşları İle Uyum ve İletişim

ÇM : Çalışan Memnuniyeti

HA : Hakkaniyet

HM : Hasta Memnuniyeti

HO : Hasta Odaklılık

HYİİ : Hasta ve Yakınları İle İletişim

İTRD : İş Takibi Raporlama ve Dosyalama

İY : İkna Yeteneği

KG : Kendine Güven

KVU : Kalite ve Verimliliğe Uyum

MBD : Mesleki Bilgi Düzeyi

MBKC : Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi

PÇ : Problem Çözme

RAKV : Risk Alma ve Karar Verme

YE : Yenilikçilik

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Kuruluşları İçin Performans Değerlendirme Ölçütlerinin Sınıflandırılması 29
Tablo 2. Sağlık Performans Ölçümünün Boyutları 31
Tablo 3. AHP İkili Karşılaştırmalar Ölçütü 56
Tablo 4. Ana Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi 62
Tablo 5. Demografik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi 62
Tablo 6. Kişilik Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi 63
Tablo 7. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi 63
Tablo 8. Uygulama Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi 64
Tablo 9. Ana Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi 65
Tablo 10. Demografik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi 65
Tablo 11. Kişilik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi 66
Tablo 12. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi 66
Tablo 13. Uygulama Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi 66
Tablo 14. Tüm Kriterlerin Öncelik Vektörleri 67
Tablo 15. Alt Kriterlerin Tüm Öncelikler Matrisleri 71
Tablo 16. Tüm Kriterlerin Λmax Değerleri 72
Tablo 17. Tüm Kriterlerin Tutarlılık İndeksleri 73
Tablo 18. Tüm Kriterlerin Tutarlılık Oranları 73
Tablo 19. Demografik Kriterlerinin Genel Ağırlıkları 74
Tablo 20. Kişilik Kriterlerinin Genel Ağırlıkları 74
Tablo 21. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterlerinin Genel Ağırlıkları 74
Tablo 22. Uygulama Kriterlerinin Genel Ağırlıkları 75

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Performans Değerlendirme Süreci 15
Şekil 2. Performans Değerlendirme Sisteminin Amaçları 27
Şekil 3. Sağlık Sistemlerindeki Ölçüm Alanları 28
Şekil 4. Performans Ölçütleri Ağacı 30
Şekil 5. Klinik Performans Kriterleri 39
Şekil 6. Standart Anket Setleri 41
Şekil 7. Çalışmada Kullanacak Kriterler 47
Şekil 8. Sağlık alanında AHP yöntemi kullanılarak yapılan çalışmalar 52
Şekil 9. Hiyerarşi Modeli 55
Şekil 10. Çalışmanın Hiyerarşik Yapısı 61
Şekil 11. Ana Kriterlerin Ağırlıkları 68
Şekil 12. Demografik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları 68
Şekil 13. Kişilik Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları 69
Şekil 14. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları 69
Şekil 15. Uygulama Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları 70

GİRİŞ

Performans, çalışanların bilgi ve becerilere katılımıyla hedeflerini etkin bir şekilde yaptığı işi gerçekleştirdiği süreç anlamına gelmektedir (Osmani ve Maliqi, 2012, s. 435). Performans; yönetim ve örgüt davranışı literatürde her daim oldukça önemli bir kavramı oluşturmuştur. İçinde bulunduğumuz bilgi çağında önceki dönemlere göre birçok değişim ve gelişim yaşanmış; küreselleşme ile birlikte her alanda rekabet ciddi oranda artış göstermiştir. Rekabetin bu denli fazla olduğu bir ortamda işletmeler hayatta kalmak ve başarıya ulaşmak için insan gücünün önemini daha iyi anlamıştır. İşletmelerde insan gücü ve dolayısıyla beşeri sermayenin performansı ve performansın değerlendirilmesi her geçen gün daha önemli bir konu haline gelmektedir (Helvacı, 2002, s.156).

Her sektörde önemli hale gelen performans kavramı, hizmet ağırlıklı olan sağlık hizmetinde de oldukça önemlidir (Aydın ve Demir, 2006, s. 13). Sağlık hizmetleri sağlığın korunması, iyileştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesi, istenmeyen sakatlık ve erken ölümlerin azaltılması ve tüm insanların eşit sağlık hizmet alabilmesi açısından tüm dünyada hayati bir öneme sahiptir. Sağlık personelleri de bu ertelenemez ve ikame edilemez sağlık hizmetlerini veren bireyler olarak sağlık hizmetlerinin en önemli unsurlarıdır. Bu nedenle sağlık personellerinde performansının değerlendirilmesi hem personellerin kendi sağlığı ve işe olan bağlılıkları hem de hizmet alanlarının sağlıkları açısından oldukça önemlidir (Bacaksız ve ark, 2018, s. 53).

Günümüzde de performans değerlendirmesi ve yönetiminin önemi sağlık harcamalarının artışı ile de daha önemli bir hale gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde sağlık için küresel harcamalara bakıldığında 2016'da 7,6 trilyon ABD doları olan bu rakamın 2017'de 7,8 trilyon ABD doları veya Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'nın yaklaşık %10'ununu oluşturduğu ve kişi başına 1,080 ABD doları olduğu görülmektedir. Sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık sektörünün ekonomiden daha hızlı büyüdüğü söylenebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2019 yılında yayınlanan "Global Spending on Health: A World in Transition" isimli dünya sağlık

harcamaları raporuna göre 2000 ile 2017 yılları arasında reel olarak küresel sağlık harcamaları yıllık %3,9, ekonomi ise %3 büyümüştür. Ayrıca orta gelirli ülkeler hızla daha yüksek harcama düzeylerine yaklaşmaktadır. Bu ülkelerde sağlık harcamaları 2000 ile 2017 arasında yılda % 6,3 artarken, ekonomi yılda %5,9 artmıştır. Düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamaları ise yılda % 7,8 artış göstermiştir. Kamu harcamaları kapsamında küresel sağlık harcamalarının yaklaşık % 60'ı temsil ettiği ve yılda %4,3 arttığı; bu büyümenin 2000–2010'da yıllık %4,9'luk büyümeden 2010–2017'de % 3,4'e düştüğü de bilinmektedir (DSÖ, 2019). Sağlık sektörünün bu denli önemli olduğu günümüzde harcamalara bakıldığında dünyada ciddi boyutlara ulaştığı görülmektedir. Bu da sağlık personellerine verilen ücretlerin ve dolayısıyla performans değerlendirilmesinin üzerinde durulması gerektiğini düşündürmektedir.

Türkiye'de sağlık harcamalarına bakıldığında ise 2018 yılında 165 milyar 234 milyon TL'ye ulaşarak bir önceki yıla göre %17,5 oranında arttığı görülmektedir. Toplam sağlık harcamasının cari sağlık harcaması içindeki payı 2017'de %93,1 iken, 2018'de bu oranın %93,8 olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK, 2019). Cari sağlık harcamaları içerisinde tedavi hizmetlerinin yapılması için gereken tüm tedavi malzemeleri ve ilacın yanı sıra sağlık personellerinin maaş ve ücretleri de yer almaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018, s. 650). Cari sağlık harcamaları içerisinde hizmetleri veren sağlık personellerinin ücretlerinin yanı sıra bu harcamaları yöneten sağlık personelleri de bulunmaktadır. Güncel olarak bu harcamaların yüzdelik payına dair bir veri bulunamasa da, bu ücretlerin payı oldukça büyüktür. Bu doğrultuda sağlık personelinin performans değerlendirmesi oldukça önemlidir.

Genel olarak sağlık sektöründe özellikle de sağlık kurumları baz alındığında, sağlık hizmetlerinde kalite, iyileştirme ve performansın ne derecede olduğunun saptanması için standart bir performans ölçüm yönteminden söz edilememektedir (Esatoğlu, 2007, s. 358). Türkiye'de sağlık personelinin performans değerlendirmesine yönelik tek bir sistem göze çarpmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme olarak adlandırılan sistemde odak ücretlendirmedir. Personellerin terfi, kademe, liyakat gibi performanslarında rol oynayan diğer bileşenler bu ödeme sisteminde değerlendirme kriterleri içerisinde yer almamaktadır. Sağlık sektöründe sürekli iyileştirme, kalite ve performans ölçümü için adil ve güvenilir kriterlere veya standartlara sahip bir performans değerlendirme sisteminin olmaması, kamu sağlık hizmetlerinde terfi sisteminin şeffaf, adil ve somut

çıktılara dayanan herhangi bir unsurun bulunmaması, ücret sisteminin ise 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programına dayanan performansa dayalı ek ödeme sistemin görece adil olması ile ilgili tereddütlerin olması çalışmamızın önemini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda ülkemizde sağlık personelinin performans değerlendirmesine yönelik model oluşturulması gerekmektedir. Sağlık personellerine yönelik geliştirilen performans değerlendirme modelleri ile sağlık personellerinin performans değerlendirme modelleri geliştirilerek daha etkin ve verimli olmasının sağlanabileceği düşünülmektedir.

Bu bilgiler ışığında çalışmada; sağlık personelinin performans değerlendirmesine yönelik bir model önerisi oluşturulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda ülkemizde var olan sağlık personeline yönelik performans değerlendirme sistemlerinin incelenmesi, ilgili uzmanlarla görüşmeler yapıldıktan sonra performans boyutları ve alt boyutları geliştirilerek çok kriterli karar verme yöntemlerinden Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) kullanılarak model önerisi yapılması planlanmıştır. Çalışma dört bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde performans ve performans değerlendirme kapsamında performans kavramı, performansı etkileyen faktörler, performansın boyutları, performans yönetimi, performans yönetiminin amaçları, performans yönetimi sisteminin yararları, performans değerlendirme, performans değerlendirmesinde kullanılan kriterler, performans değerlendirme yöntemleri ele alınacaktır. İkinci bölümde sağlık kurumlarında performans değerlendirme ve sağlık bakanlığı performansa dayalı ek ödeme sistemi kapsamında sağlık işletmelerinde performans değerlendirme, sağlık işletmelerinde performans değerlendirme süreci, sağlık işletmelerinde performans değerlendirmenin yararları, Türk sağlık sisteminde performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi, sağlık işletmelerinde kullanılan performans değerlendirme kriterleri ve çalışmamızda kullanılacak performans değerlendirme kriterleri ele alınacaktır. Üçüncü bölümde çalışmada kullanılacak AHP yöntemi tanıtılacak ve model önerisi hazırlanacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS VE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

1.1. Performans Kavramı

Kelime anlamı olarak performans uygulama, yerine getirme, yapma ve bir görevi başarabilme gücü anlamına gelmektedir. İşletme literatüründe ise, performans iş görme kalitesi ya da tarzını ifade etmektedir. Performans planlanmış ve amaçlı bir etkinlik sonucunda elde edilen nitel ya da nicel sonucu anlatan bir kavramdır (Bayyurt, 2007, s. 578).

Performans bir örgüt, grup ya da kişinin o işle yapılmak ve ulaşılmak istenen amaca yönelik neyi sağlayabildiğinin ve neye ulaşabildiğinin nicel ya da nitel ifadesidir (Karakaş ve Ak, 2003, s. 338). Başka bir ifadeyle performans bir grup veya bireyin beceri ve yetenekleriyle beraber uygun zihinsel araçlar kullanarak hedeflerine varmak için gösterdikleri uyum ve sergiledikleri çabanın sonucudur. Modern yönetim anlayışına göre performans kavramı, bir işletmenin hedeflerine varma düzeyini tanımlamakta yani bir işletmenin başarısını göstermektedir (Karaman, 2009, s. 413).

Performans genel olarak belli bir zaman dilimi içinde üretilen hizmet ve mal miktarını ifade etmekte; literatürde fonksiyonuna göre çıktı, verim ve etkinlik kavramlarıyla ilişkili olmaktadır. Bireyin motivasyonu ve yeteneği arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak da ele alınan performans, yönetim ve örgütsel davranış literatürüne göre; çalışanın örgütsel hedeflere ulaşmak için göreviyle ilgili işlem ve eylemlerinin sonucunda elde ettiği ürünü ifade etmektedir. Bu ürün düşünce, hizmet ya da mal türünde olabilmektedir (Helvacı, 2002, s. 156).

Ayrıca performans işin etkilerinin toplamı olup, kuruluşun stratejik hedefleri, müşteri memnuniyeti ve ekonomik katkılarla en güçlü ilişkiyi sağlamaktadır (Elena-Iuliana ve Maria, 2016, s. 181). İşin etkilerinin toplamı olarak performans iç ve dış olmak üzere çok sayıda faktörden etkilenebilmektedir.

1.1.1. Performans Etkileyen Faktörler

Öngörülemeyen iş ortamı ve yoğun iş rekabeti ile şirketlerin büyük taleplere uyum sağlamak için performanslarını artırarak belirli standartlara ulaşmaları gerekmektedir; aksi takdirde, işi kapatma riskini almak da dahil olmak üzere pek çok sorun ortaya çıkmaktadır (Muda ve ark., 2014, s. 73). Bu nedenle performansı etkileyen faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir.

Performansı etkileyen faktörler kendi içerisinde işletme/çevre ile ilgili faktörler, işle ilgili faktörler ve çalışanla ilgili faktörler olmak üzere üç başlık altında incelenebilmektedir (Diamantidis ve Chatzoglou, 2019, s. 173-174):

1. İşletme/çevre ile ilgili faktörler: İşletme/çevre ile ilgili faktörler arasında yönetim desteği, eğitim kültürü, örgütsel iklim, çevresel dinamizm, liderlik, örgütsel güven, beşeri sermaye yatırımları, motivasyon gibi işletmenin iç ve dış ortamından işletmeye etki eden faktörler yer almaktadır. Bu faktörler genellikle doğrudan çalışanın performansına etki etmektedir.

   Örneğin çevresel dinamizm açısından işletmenin dış ortamı dinamik olduğunda çalışanların verimliliği doğrudan artmaktadır. Ya da örgüt kültürü ve örgütsel iklim olumlu olduğunda çalışanın uyum yeteneği etkilenmekte ve çalışan performansı olumlu yönde değişmektedir.

2. İşle ilgili faktörler: İşle ilgili faktörler arasında iş özerkliği, iş iletişimi, örgütsel adalet, iş ortamı ve iş kontrolü gibi birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler de işletme/çevre ile ilgili faktörler de olduğu gibi doğrudan çalışanın performansını etkilemektedir.

   Örneğin iş özerkliği, çalışanın işini nasıl yapacağına dair işin ne ölçüde izin verdiğini tanımlamaktadır. İş özerkliği yüksek olan ve işle ilgili kararlarda özgürlük ve bağımsızlık derecesi yüksek olan çalışanlarda esneklik de yüksek olmakta ve performansları artmaktadır. Öte yandan iş ortamına bakıldığında, iş ortamının iyi olması ve iş için gereken koşullara elverişli olması durumunda çalışanların üretken olma yeteneklerine yansımakta ve iş performansında artış görülmektedir.

3. Çalışanla ilgili faktörler: Çalışanla ilgili faktörler arasında iş devri, devamsızlık, içsel motivasyon, proaktivite, uyarlanabilirlik, beceri esnekliği, beceri düzeyi ve

bağlılık gibi faktörler yer almaktadır. Özellikle çeşitli becerilere sahip kişileri istihdam etmek, bir işletme için değerli bir varlık olmaktadır. Çünkü mevcut ya da gelecekteki iş gereksinimlerine uygun çalışan becerileri performansı ve örgütün başarısını doğrudan etkilemektedir.

Öte yandan bu becerilerin esnekliği işletmelerin farklı becerilere sahip çalışanların uygun şekilde nasıl yeniden konumlandırılabileceği konusunda yardımcı olmakta ve bir çalışanın birden fazla becerisi sayesinde performans ve başarı daha kolay ve etkili şekilde elde edilebilmektedir.

Yukarıda da görüldüğü üzere performans birçok faktörden etkilenmektedir. Etkilendiği faktörler performansın doğrudan kendisine ya da boyutlarından birisine etki edebilmektedir.

1.1.2. Performansın Boyutları

Performansın bir işletmede doğru şekilde ele alınabilmesi ve örgütsel performans yönetiminin profesyonel şekilde yapılabilmesi için performansın boyutlarının bilinmesi oldukça önemlidir. (Mukherjee, 2017, s. 47).

Genel olarak literatürde performansın boyutlarını farklı şekillerde ele alan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Woo ve Willard (1983), örgütsel performansın boyutlarını, göreceli pazar konumu, karlılık ve nakit akışında değişim, satış ve pazar payında büyüme; Murph ve arkadaşları (1996), verimlilik, likidite, kar ve boyut; Rowe ve Morrow (1999), yapı, finansal pazarlama; Tosi ve arkadaşları (2000), net finansal performans, finansal performansta değişim, stok performansı, karlılık, verimlilik, kalite, etkinlik şeklinde sınıflandırmışlardır (Akt. Combs ve ark., 2005, s. 264-265).

Ancak genel olarak işletme ve örgütsel davranış literatüründe genel kabul gören sınıflandırmaya göre performans etkinlik, verim ve girdilerden yararlanma, kalite, yenilik, çalışma yaşamının kalitesi, karlılık ve bütçeye uygunluk olmak üzere yedi boyutta incelenmektedir (Karaman, 2009, s. 414). Bu çalışmada etkinlik, verimlilik ve kalite olmak üzere üç boyut daha detaylı olarak ele alınacaktır.

Etkinlik en basit şekliyle işletmenin müşteri beklenti ve isteklerine cevap verme yeteneğini temsil etme seviyesidir. İşletmelerin yeterliliklerini etkinlik, paylaşılan değerler, güvenilirlik, yenileşim ve işbirliğine göre belirlemesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda işletmede meydana gelebilecek karmaşıklığının

engellenebilmesi için işletme yöneticilerinin karar destek sistemlerinden yararlanması gerekmektedir (Hermann ve Datta, 2006, s. 347).

Verimlilik işletme ve çalışanın performansını ölçmede kullanılmaktadır ve genel olarak "işletmenin bütün enerji kaynaklarını etkin bir şekilde değerlendirmesi" ve "sahip olunan kaynakların doğru ve etkili şekilde kullanılması" şeklinde tanımlanmaktadır. Verimlilik örgütün elinde olan sınırlı kaynakları, herhangi bir süre içerisinde nasıl tükettiğinin ifadesidir. Kaynakların etkili ve doğru biçimde tüketilmesini gerçekleştirerek eldeki kaynaklardan en üst seviyede yararlanmayı sağlamaktadır (Özsever ve ark., 2009, s. 45).

Kalite ise bir hizmet ya da ürünün belirlenen ya da olası gereksinimlerini karşılama yeteneğine dayanan niteliklerinin tamamıdır (Çavdar, 2009, s. 102). Öte yandan kalite ürün, donanım ve sistem kalitesini kapsayan gereksinim ve beklentiye uygun kullanımı ifade etmektedir. Kalite kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayarak hizmet ve ürünlerin uygun şekilde kullanılmasını, müşteri istek ve gereksinimlerine uygun biçimde geri dönüş sağlanmasını ve bu şekilde işletmelerin topluma olan yükümlülüklerini pozitif şekilde gerçekleştirmesini sağlamakta; önemli bir performans ölçütünü oluşturmaktadır (Akal, 2002, s. 23).

1.2. Performans Yönetimi

Performans değerlendirmesini açıklamadan önce, performans yönetimi ile performans değerlendirmesi arasındaki farkı anlamak önemlidir. Çoğu zaman, insanlar her ikisini de aynı terim için kullanma eğilimindedir, ancak gerçekte iki kavram arasında açık ve belirgin bir fark bulunmaktadır.

Performans yönetimi; çalışanların, ekiplerin ve tüm örgütün performans ve üretkenliğini sağlamayı hedefleyen, hedef odaklı bir süreçtir. Performans yönetimi, örgüt stratejisinin gerçekleştirilmesinde ve aynı zamanda iş gücünün geliştirilmesinde büyük rol oynamaktadır. Ayrıca performans yönetimi, teşvik amaçlarını ve değerlerini vurgulamaktadır (Pulakos, 2004, s. 62).

Günümüzde performans yönetimi, hem organizasyonun hem örgütün odak noktalarından biridir. İnsan kaynağı performans yönetimini üstlense de, geliştirme, eğitim ve performans değerlendirmeleri örgüt içinde daha önemli bir rol oynamaktadır. İlk bakışta, performans yönetimi ve performans değerlendirme aynı görünmektedir,

ancak performans değerlendirmesi belirli bir zamanda gerçekleşmekte, oysa performans yönetimi bir süreç olarak sürekli işlemektedir (Mondy, 2010, s. 37).

Performans yönetimi, örgüt içindeki herkesi kapsayan bir sistemdir. Performans yönetim sistemi eğitim, ödül, değerlendirme gibi farklı bölümlerden oluşmakta ve her bölüm, örgütün sürekli etkinliğini sağlama amacına katkıda bulunmaktadır. Her çalışanın başarısı ve çabası, performans yönetimi ile bağlantılıdır (Mondy, 2010, s.37-38). Performans yönetimi, her çalışanın başarısını bilmekte ve gerekirse eğitim vermektedir. Bunun nedeni, performans yönetiminin doğrudan örgütsel etkinlik üzerinde etkisi olmasıdır (Pulakos, 2004, s. 65).

Genel olarak performans yönetimin karakteristik özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Mondy, 2010, s. 38):

- Stratejik
- Devam eden inceleme
- Esnek prosedür
- Gelecek odaklı
- Daha iletişimsel

1.2.1. Performans Yönetiminin Amaçları

Performans yönetimi, ilk olarak örgütsel, ekipsel ve bireysel etkinliği sağlamak için performans iyileştirme ile ilgilenmektedir. İkinci olarak, performans yönetimi çalışan gelişimi ile ilgilenmektedir. Etkin ve sürekli gelişim süreçleri olmadıkça performans iyileştirme yapılamamaktadır. Üçüncüsü, performans yönetimi, bir kuruluşun tüm paydaşlarının sahiplerinin, yönetiminin, çalışanlarının, müşterilerinin, tedarikçilerinin ve toplumun ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ile ilgilenmektedir. Son olarak, performans yönetimi iletişim ve katılımla ilgilenmektedir. Beklentileri tanımlamak ve kuruluşun misyonu, değerleri ve hedefleri hakkında bilgi paylaşmak için yöneticiler ve ekiplerinin üyeleri arasında sürekli bir diyaloğun gerçekleştiği bir ortam yaratmaktadır. Bu, neyin başarılacağına dair karşılıklı anlayış ve başarılacağından emin olmak için insanları yönetmek ve geliştirmek için bir çerçeve oluşturmaktadır. Performans yönetimi, ekiplerin ve bireylerin hedeflerinin tanımlanmasına katılmalarını sağlayarak

yüksek katılımlı bir organizasyonun gelişimine katkıda bulunabilmektedir (Armstrong, 2000, s. 9).

Performans yönetimi, karar verme için performans bilgilerini birleştiren ve kullanan bir yönetim tarzıdır. Performans bilgisini politika oluşturma, bütçe oluşturma ve sözleşme yönetiminin yanı sıra diğer politika ve yönetim döngülerine entegre etmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda performans yönetiminin şu üç soruya cevap bulmayı amaçladığı söylenebilmektedir (Van Dooren ve ark., 2015, s. 37):

1. Performans nasıl artırılır?
2. Performans nasıl yönlendirilir?
3. Performansı kontrol faaliyetleri nedir ve nasıl yönetilir?

Performans yönetimi performansı artırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca çalışanları ve örgütü geliştirmeye çalışırken, çeşitli örgütsel paydaşların beklentilerini karşılamaya çalışmaktadır. Ortaklaşa kararlaştırılan amaç ve hedeflere ulaşma ideolojisi nedeniyle iletişim ve katılımın zorunlu olduğu performans yönetiminde, dikteden ziyade anlaşmaya dayalı yönetim uygulanması amaçlanmaktadır (McDonnell ve Gunnie, 2008, s. 5).

Grote (2002, s. 4-5)'ye göre performans yönetiminin amaçları şu şekildedir:

1. Çalışanlara performansları hakkında geri bildirim sağlamak.
2. Ücret artışları, terfiler, işten çıkarmalar ile ilgili kararları kolaylaştırmak
3. Performans iyileştirmeyi teşvik etmek.
4. Hedef belirlemek ve ölçmek
5. Bireysel ve örgütsel eğitim ve gelişim ihtiyaçlarını belirlemek
6. Doğru işe alma kararlarının alındığını teyit etmek.
7. Personel kararları için hukuki destek sağlamak
8. Genel örgütsel performansı iyileştirmek

Performans yönetimi insan kaynakları yönetimi alanında devamlı gelişme felsefesini yaygınlaştırmak; çalışan ile örgütün zayıf ve güçlü yönlerini tanımlamak; çalışanların başarılarını ödüllendirmek; performansı artırmak için çalışan ve yönetimin birlik olmasını sağlamak; çalışan ve yönetim arasında anlayış ortamı ve iletişim etkinliği

yaratmak; belirlenen kriterleri doğru değerlendirerek çalışanları zamanında ve adil değerlendirmek; amaçlara ulaşmak için gereksinim duyulan performans kriterlerini saptamak ve örgütsel amaçları bireysel amaçlara dönüşmek amacıyla gerçekleştirilmektedir (Barutçugil, 2002, s. 126).

Bu bilgiler doğrultusunda performans yönetiminin örgütün amaçlarına ulaşması için bireylerin ve ekiplerin yükümlülük alacakları bir kültür oluşturmak ve onları yönlendirerek başarıya ulaşmak olduğu söylenebilmektedir. Performans yönetimi sayesinde birçok yarar elde edilebilmektedir.

1.2.2. Performans Yönetimi Sisteminin Yararları

Performans yönetimi sistemi çalışanlar için onlardan ne istendiğini ve beklenen amaçlara ulaşmada yapılması gerekenlerin ne olduğunu belirlemede oldukça önemlidir. Ayrıca çalışanın gelişim ve eğitim gereksiniminin belirlenmesi ve yönetim ile çalışanların iletişimlerinin daha etkin hale getirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Doğru amaçlar için kullanılan bir performans yönetimi çalışanlar, yöneticiler ve örgütler için ciddi yararlar sağlamaktadır.

Performans yönetiminin çalışanlar için yararları şu şekilde sıralanabilmektedir (Uyargil, 2002, s. 9):

1. Tüm çalışanlarla eşit koşullarda ve adil bir değerlendirilme sağlamaktadır.
2. Bireysel performansı objektif kıstaslar kullanarak değerlendirmektedir.
3. Alınan geri dönüşler ile çalışanları cesaretlendirmekte, özgüven duygularını ve iş tatminlerini yükseltmektedir.
4. Çalışanların geliştirilmesi gereken, zayıf yeteneklerini keşfetmesini ve güçlü yetenekleri ile konu hakkındaki bilgisini tanımasını sağlamaktadır.
5. Örgüt içerisinde çalışanların yönetime daha çok katılımına izin vermektedir.
6. Çalışanların yönetimin kendilerinden ne istediği ve beklediğini öğrenmesini sağlamaktadır.

Performans yönetiminin yöneticiler için yararları şu şekilde sıralanabilmektedir (Germirli, 2002, s. 21-25):

- Yöneticiler çalışandan ne beklediğini ve ne istediğini performans yönetimi sayesinde net ve açık şekilde anlatabilmektedir.
- Yöneticilerin çalışan performansı ile ilgili dönüşlerinin daha yapıcı olmasına olanak tanımaktadır.
- Yöneticilere çalışanların becerilerini yönlendirme imkânı tanıyarak, örgütteki becerilerin en doğru yerde kullanılmasını sağlamaktadır.
- Yöneticilere çalışanların gereksinim duyduğu bireysel eğitim ve gelişim hakkında bilgi vererek etkili planlama sağlamaktadır.
- Yöneticiler ile çalışanların birbirine güvenmesini ve saygı duymasını sağlamaktadır.

Son olarak örgütler için performans yönetiminin faydaları şu şekilde sıralanabilmektedir (Barutçugil, 2002, s. 125).

- Çalışanlara geri dönüşler ile yönetimin objektifliğini sağlamakta ve adil bir değerlendirme sistemi yaratılmasına olanak tanımaktadır.
- Disiplin sağlayıcı ya da iyileştirici etkinlikleri desteklemektedir.
- Örgütte herkesten ne beklendiği ve istendiği açık bir şekilde belirtildiğinden örgütsel iletişim olumlu yönde gelişmektedir.
- Çalışanların performans ve hedef standartlarını belirleyerek çalışanların motivasyonlarını sağlamakta ve örgütsel bağlılığı geliştirmektedir.
- Çalışanların örgüt için olan amaçları ile örgüt için olan amaçlarını ilişkilendirerek örgüte katkı sağlamalarına olanak tanımaktadır.
- Yönetimin problemleri önceden saptamasını ve gerekli önlemleri almasını sağlamaktadır.
- Örgütteki kontrolü güçlendirmekte ve başarıya ulaşmasında rol oynamaktadır.

1.3. Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme, çalışanları rahatlatmak ve yöneticilere bilgi sağlamak için kriterler kullanılarak belirtilen bir süre içinde çalışanların performansını ölçmek için

kullanılan bir araçtır. Yöneticiler bu bilgilerle, çalışanların performansını ve etkinliğini artırmak için yeni bir sistem oluşturabilmektedir (Murphy ve Cleveland, 1991, s. 38).

Performans değerlendirmesi ekiplerin ve bireysel çalışanın örgütsel hedeflere ulaşmaya katkısını sürekli iyileştirmeyi amaçlayan sistematik ve bütünsel bir çalışma, planlama, izleme ve ölçüm süreci olarak tanımlanmaktadır (Akata, 2003, s. 56). Bu tanım, performans değerlendirmesinin gelecekteki hedefleri belirlemek, çalışanların ilerlemesini belirli iş tanımına göre izlemek ve örgütsel amaçlar ve hedeflerle birleştirilebilen belirli görevlere dayalı performans, ekip çalışması ve başarıları ölçmek için bir seçenek olarak kullanıldığını göstermektedir. Ayrıca çalışanların etkinliğini ve katılımını belirlemek için de performans değerlendirmesi kullanılmaktadır (Armstrong ve Baron, 2005, s. 37-39).

Performans değerlendirme, bireyin iş başarısıyla genel bir sonuca ulaşarak örgütün genel performansını iyileştirilmiş için şekillendirilmiş ve üstlerin sahiplerin sürdürdüğü bir süreç olarak çalışanların niteliklerinin, davranışlarının ve potansiyelinin diğerleriyle karşılaştırılmasıdır (Ergin, 2002, s. 136).

Performans değerlendirmesi örgütlerin yetkinliklerini geliştirebilecekleri, çalışan motivasyonunu artırabilecekleri ve kaynaklarının etkili bir şekilde tahsis edilmesini sağlayabilecekleri önemli bir sistemdir (Bach, 2000, s. 52). Öte yandan performans değerlendirme sistemleri; ödül sistemleri, promosyonlar, teşvikler, maaş ve ileri eğitim fırsatları aracılığıyla çalışanları motive etmek için kullanılabilmektedir (Murphy ve Cleveland, 1991, s. 38).

Performans değerlendirmesi, çalışanın katılımını ölçmek için bir süreç olarak düşünülebilmekte ve bu uygun biçimde uygulanırsa hem çalışanlara hem de örgüte avantaj sağlayabilmektedir.

Armstrong ve Baron'a (2005, s. 40) göre, performans değerlendirme sistemi, örgütsel hedeflere ulaşmak için belirli bir süre boyunca çalışanların başarılarını incelemek için bir seçenektir.

Dolayısıyla performans değerlendirme, insan kaynakları departmanının karar alma sürecini destekleyebilecek çalışanların gelişimini ortaya koyabilmek için amirler ve iştirakler arasında bilgi alışverişi için bir seçenektir. Bach (2000, s. 55-57), performans değerlendirmesinin insan kaynakları departmanının yetkinliklerini ve yeteneklerini

değerlendirmek için iyi bir yöntem olduğunu kabul etmektedir. Zayıf noktaları ve alanları belirlemek için de iyi bir fırsattır.

Performans değerlendirmesinin, bir örgütün güçlü ve zayıf yönlerine atıfta bulunan her bireyin bilgilerini topladığı bir eylem olduğu söylenebilmektedir. Toplanan bilgilere dayanarak, örgüt her bireyin ileri eğitim ve kendini geliştirme yeteneklerini ve potansiyellerini analiz edebilmektedir. Bu arada, bir bireyin kariyeri ve örgütü için tehlikeli olabilecek riskleri ve tehditleri belirlemek açısından da çok önemlidir (Armstrong ve Baron, 2005, s. 46-49).

Performans değerlendirme hem çalışan hem de örgüt açısından oldukça önemlidir. Her çalışan yaptığı işlerin ve yerine getirdiği görevlerin sonucunu almak istemektedir. Bütün çalışma gücü ve isteğiyle çalışan bir birey, yaptığı işe ilgisi olmayan ve kendisinden düşük performans sergileyen bir bireyle aynı şekilde değerlendirilmemelidir. Değerlendirildiğinde ise çalışanlarda çalışma isteksizliği ve moral bozukluğuna sebebiyet verecektir. Yapılacak objektif bir performans değerlendirmesi sonucunda çalışanlar kendi eksikliklerini göreceği için kendilerini tamamlama ve geliştirme olanağı elde etmektedir. Bu doğrultuda performans değerlendirme çalışanı işe özendiren ve yönlendiren önemli bir aracı oluşturmaktadır (Barutçugil, 2002, s. 179).

Performans değerlendirmenin başarılı biçimde devam etmesi için bazı ilkelere uyulması ve sürecin çok iyi organize edilmesi gerekmektedir. Genel olarak uyulması gereken ilkeler şu şekildedir (Aktan, 2009, s. 32-33):

- Performansın geliştirilmesi için bir plan hazırlanmalıdır.
- Bu planının hedefleri belirlenmelidir.
- Örgütün mevcut performansı ölçülmeli ve değerlendirilmelidir.
- Performansla ilişkili problemler saptanmalıdır.
- Kalite yönetimi ile ilgili bilgi edinilmelidir.
- Hedeflenen ve mevcut performans arasındaki fark belirlenmelidir.
- Performansın artırılmasına dair bilginin nasıl ve nerden edinileceği belirlenmelidir.

- Performans ölçme ve değerlendirmeye dair teknik ve yöntem seçimi örgütün özelliklerine göre yapılmalıdır.
- Performans ölçümü ve değerlendirmesi bitirilerek performans gelişiminin devamlılığı sağlanmalıdır.

Armstrong (2000, s. 14-15)'a göre performans değerlendirme süreci üç temel basamaktan oluşmaktadır: Performans değerlendirme görüşmelerinin planlanması ile başlayan performans değerlendirme süreci, görüşmelerin yapılması ve son olarak performansın izlenmesi ile devam etmektedir. Planlama yapılırken çalışan ile örgütün hangi standartları yerine getirmeleri ve hangi performans kriterlerini sağlamaları gerektiği belirlenmekte; bunların nasıl gerçekleştirileceği ve hangi bireysel gelişim hedeflerinin buna katkıda bulunacağı saptanmaktadır. Görüşmelerin yapılması basamağında çalışan ve yönetici görüşmekte ve çalışanın zayıf ve güçlü yanları konuşulmaktadır. Ayrıca örgüt amaçlarından hangilerinde yetersiz ve hangilerinde başarılı olduğu konularının çözülmesi tartışılmaktadır. Son basamakta ise görüşmeler kaydedilerek çalışanın geribildirim, danışmanlık ve eğitimle desteklenmesi sağlanmalıdır.

Öte yandan Gass ve Prince (1993), performans değerlendirme sürecinin yedi basamaktan oluştuğunu belirtmektedir (Akt. Aktan, 2009, s. 33-34). Bu basamaklar aşağıda şematize edilmiştir.

Şekil 1. Performans Değerlendirme Süreci



Kaynak: Aktan, C. C. (2009). Performans Yönetimi: Organizasyonlarda Performans Değerlendirme ve Ölçme. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 25-33.

Bu yedi basamaktan oluşan performans değerlendirme sürecinde performans kriterlerinin ve standartlarının saptanması, değerlendirmeyi kimin yapacağının belirlenmesi, değerlendiren kişilerin eğitilmesi, hangi yöntemin kullanılacağının belirlenmesi ve son olarak performans değerlendirme sonuçlarının çalışanlara geri bildirim olarak verilmesi oldukça önemlidir. Özellikle hangi yöntemin kullanılacağının belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda bir performans değerlendirme yönteminde olması gereken özellikler şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Örgütün amaç ve hedeflerine yönelik olmalıdır.
- Çalışanların özel hayatından ziyade iş hayatlarını incelemelidir.
- Değerlendirme yöntemi örgüt dışı ve içindeki bütün etmenleri ele almalıdır.
- Değerlendirme kriterleri örgüte uygun olmalıdır.

Yukarıdaki özellikleri taşıyan performans değerlendirme yöntemi her örgüt için farklı olabilmektedir. Performans değerlendirme yöntemlerinin en önemlileri daha sonraki başlıkta detaylı şekilde ele alınmaktadır.

1.3.1. Performans Değerlendirilmesinde Kullanılan Kriterler

Performans değerlendirme sürecinde performans kriterleri oldukça önemlidir. İşletmede çalışanların performanslarının değerlendirilmesi için kriterler hangi noktaların referans alınacağı ve değerlendirileceğini göstermektedir. Performans kriterleri işletmede üst yönetimin astlarından ne beklediklerini temsil etmektedir. Performans kriterleri ile çalışanların performansları değerlendirilmektedir. Bunlar önceden belirlenmiş hedefler, çalışanların işteki başarısının ölçülmesiyle ilişkili noktalar ya da görevin gerektirdiği nitelik ve yetkinlikler şeklinde olabilmektedir. Performans değerlendirmesinin başarılı olmasında kriterlerin seçimi oldukça önemli olmakta; doğrudan performans değerlendirmesinin başarısını belirleyebilmektedir (Altan, 2005, s. 23).

Performans değerlendirmede kullanılan kriterler araştırmacılar tarafından farklı şekillerde ele alınabilmektedir. Bu kriterler davranışlar ya da sonuç odaklı olabileceği gibi performansa göre, kişisel özelliklere göre; soyut ve somut oluşlarına göre de sınıflandırılabilmektedir (Delpo, 2007, s. 46). Bu sınıflandırmalarda bazen daha teknik olan kriterler de dahil edilebilmektedir. Örneğin bir kasiyerin belli süre içerisinde kaç müşteriye hizmet verdiği, bir muhasebecinin hata oranı ve hesap tutarlılığı hedefi, bir satış görevlisinin satış hedefi gibi genelde bir işletme içinde bile farklılaşabilecek ölçülebilir ve işe özgü kriterler olabilmektedir. Ayrıca davranışsal ya da soyut kriterler kullanılabilmektedir. Bunların ölçülmesi oldukça zordur. Bunlar içerisinde inisiyatif alma, delegasyon, yapılan işin kalitesi gibi kriterler yer almaktadır. Kişisel özellikler ise görünüşle ilgili kriterler, iletişim, topluma saygı, kişisel dürüstlük gibi kriterlerden oluşmaktadır (Budak, 2008, s. 419).

Daha detaylı şekilde ele alınacak olursa kişilik özelliklerine dayalı kriterler iş yaşamında bireysel gelişim çerçevesinde çalışanlara işletme dışı ve içi eğitimlerde verilen, özellikle beyaz yakalı çalışanların tümünde olması beklenen ve onlara avantajlar kazandıran kriterlerdir. Örneğin bir yönetici çalışanlardan dürüstlük beklemektedir. Saygı da dürüstlük gibi genel olarak çalışanlardan beklenen bir özelliktir. Bu kriterler aslında toplum tarafından da beklenen, evrensel ve olmazsa olmaz performans kriterlerini oluşturmaktadır. Çünkü bunlar bir çalışanlardan kesinlikle beklenmekte; olmadığında çalışanın işe devam etmesi ya da işe alınması istenmemektedir (Barutçugil, 2002, s. 185).

Davranışsal kriterler ise bir bireyi diğerlerinden pozitif olarak ayırmaya imkan sağlayan, her bireyde görülmesi beklenmeyen kriterleri oluşturmaktadır. Bütün performans kriterleri genel olarak çalışanların terfisinde belirleyici olsa da, davranışsal özellikler liderlik gibi daha spesifik yükselme ve görevlerin belirleyicisi olmaktadır. Bir bireyin istediğini elde etme, bireyleri etkileme ve onları yönlendirme özelliği liderliğini etkilemektedir (Delpo, 2007, s. 47). Sonuç odaklı olan kriterler ise sayısal ve net hedefler olup ölçülmesi en kolay kriterleri oluşturmaktadır. Bunlar belirli bir süre sonucunda değerlendirilmekte ve çalışanlar belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşmaması açısından incelenmektedir. İşletmeler ve sektörler arasında oldukça farklı olabilen bu kriterler, farklı görevlerde çalışanlar için de değişebilmektedir (Sabuncuoğlu, 2000, s. 160).

Her ne kadar değerlendirmede kullanılan performans değerlendirme kriterleri sektörden sektöre, işletmeden işletmeye ve hatta görevden göreve değişiklik gösterse de; temel olarak ölçülen yedi kriter şu şekilde sıralanabilmektedir (Aktan, 2009, s. 26):

1. Çalışanların memnuniyeti
2. Müşteri memnuniyeti
3. Yenilik
4. Maliyet
5. Karlılık
6. Verimlilik
7. Kalite

Bu kriterlerde kendi içerisinde alt gruplara ayrılabilmektedir. Örneğin kalite kendi içerisinde mal ve hizmet kalitesi, donanım kalitesi, sistem kalitesi, insan kalitesi gibi ayrılabilirken; karlılık çalışan başına karlılık oranı, satış karlılığı, aktif karlılığı, özsermaye karlılığı ya da verimlilik toplam faktör verimliliği, sermaye verimliliği ve iş gücü verimliliği şeklinde alt gruplara ayrılarak değerlendirilebilmektedir (Aktan ve Özkıvrak, 1999, s. 10).

1.4. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Performans değerlendirmede farklı yöntemlerin farklı amaçları bulunmaktadır; bu da yöneticilerin amaçlarının ne olduğuna karar vermeleri gerektiği anlamına gelmektedir. Amaca bağlı olarak derecelendirme ölçekleri veya işbirliğine dayalı yöntemler gibi geleneksel yöntemlerin kullanılması yararlı olabilmektedir. Yaygın olarak bilinen performans değerlendirme yöntemleri aşağıda başlıklar halinde ele alınmaktadır.

1.4.1. 360 Derece Geri Bildirim Yöntemi

Performans değerlendirme yöntemlerinden birisi olan 360 derece geri bildirim yöntemi her geçen gün daha da önemli bir hale gelmektedir. Bu yöntem için araştırmacılar örgütte verimliliği artıran ve kendisinden önceki yöntemlerin eksikliklerini gideren önemli bir sistem olduğu görüşünü bildirmektedir. Bu yöntemde çalışanlar kendi etkileri ve davranışlarıyla ilgili tedarikçi, müşteri ve iş arkadaşlarından bilgi toplamaktadır (Turgut, 2002, s. 66).

360 Derece yöntemi, ekip üyelerinin, meslektaşların, yöneticilerin, denetçilerin yanı sıra dış kaynakların girdileriyle insanları değerlendirmenin bir yoludur. Dolayısıyla, bu yöntem bir çalışan hakkında çok sayıda fikir sağlayabilmektedir. Bu yöntemi uygulamalar için kullanmanın yanı sıra planlama, eğitim ve geliştirme için de kullanmak mümkündür. Bu yöntemin önemli bir avantajı, katılımcı sayısı nedeniyle hataların azaltılabilmesidir (Mondy, 2010, s. 125).

Önemli dezavantajlarından birisi çok sayıda katılımcı olması nedeniyle daha fazla zaman alması ve aynı zamanda maliyetli olmasıdır. 360 yöntemi yaygın olarak kullanılan bir yöntem olsa da bazı olumsuz özelliklere sahiptir. Yapıcı geri bildirim veremeyen çalışanlar, meslektaşını olumlu değerlendirebilmekte ve bu sadece iyi sonuçlarla sonuçlanabilmektedir. Öte yandan, terfi veya maaş artışları söz konusu

olduğunda rakip olan çalışanlar, terfiyi almak ya da daha fazla ücret almak için değerlendirmeyi bozabilmektedir (Pulakos, 2004, s. 126).

360 derece geri bildirim sisteminin amaçları genel olarak şu şekilde sıralanabilmektedir (Uysal, 2015, s. 37-38: Özsoy, 2012, s. 20-21):

- Gelişimsel ihtiyaçların belirlenmesi ve mevcut veya gelecekteki rollerle ilgili olarak gelişim planlarının daha objektif bir şekilde hazırlanması ve bir birey veya bir grup birey için performans iyileştirmelerinin sağlanması
- Performansa bağlı ödeme veya performans ödülleri için bir temel oluşturulması
- Bireysel ve grup hedeflerinin örgütsel vizyon, değerler ve hedeflerle uyumlu hale getirilmesi.
- Kültür oluşturma.
- Liderlik gelişimi.
- Potansiyel değerlendirme ve geliştirme.
- Kariyer planlama ve geliştirme.
- Takım oluşturma.
- İç müşteri memnuniyetini iyileştirme önlemlerinin planlanması.
- Rol netliği ve artan sorumlulukların belirlenmesi.

1.4.2. Derecelendirme Ölçeği Yöntemi

Derecelendirme ölçeği yöntemi, bir ölçeğe dayalı olarak performansı değerlendirmenin bir yoludur. Geleneksel olarak, ölçek olağanüstü, beklentiler veya gelişme gibi yaklaşık 5-8 kategori içermektedir. Bu yöntem sıklıkla kullanılmakta ve birden fazla performans kriteri sağlamaktadır. Diğer bir özelliği, basit ve zaman kazandıran olmasıdır. Her çalışanı değerlendirdikten sonra, derecelendirme ölçeği yöntemi örgüte çalışanları karşılaştırmaya yardımcı olan sonuçlar sağlamaktadır. Çoğunlukla, sorular ya işle ilgili ya da karakteristik odaklı olmaktadır. Anahtar, kesin ölçekleri ve derecelendirme sistemlerini tanımlamaktır, aksi takdirde değerlendirme güvenilir olmayacaktır. Örneğin, "beklentilerin üzerinde" ve "beklentilerin altında" bir ölçek varsa, derecelendirme yararlı olmayacaktır çünkü çalışan bu tür bir değerlendirmeden hiçbir

şey öğrenememektedir. Açık olması önemlidir, böylece çalışan derecelendirmeyi görebilmekte ve kendisini geliştirmeye çalışabilmektedir (Mondy, 2010, s. 127).

1.4.3. Kritik Olay Yöntemi

Kritik olay yöntemi, çalışanların olumlu veya olumsuz eylemleri hakkında yazılı notlara dayalı bir değerlendirme yöntemidir. Departmanın çalışma rutinini veya etkinliğini etkileyen herhangi bir eylem, "kritik olay" olarak kategorize edilebilmekte ve fark edilmektedir. Bu yöntem, sadece yıllık veya altı aylık değil, çalışanı değerlendirmenin sürekli bir yoludur (Pulakos, 2004, s. 130).

Kritik olay yönteminin faydaları şu şekilde sıralanabilmektedir (Palmer ve Winters, 1993, s. 48; Dessler, 2000, s. 329):

- Yapılan incelemelerin değerlendirilmesinin sonuna kadar devam etmesi, değerlendirme bittiğinde çalışanın yalnızca son dönemdeki performansını yansıtmasını önlemektedir.
- Performans üstüne tartışma konularını belirleyerek çalışanlara verilecek önerileri ortaya koymaktadır.
- Sonucunda geçerli niteliksel veriler elde edilmektedir.
- Çalışanlar ve yöneticilerin performans hakkında yararlı tartışmalar yapmasına imkan vermektedir.

Öte yandan bu yöntem fazla özen gerektirmesi ve çok zaman gerektirmesi nedeniyle dezavantajlı görülmektedir. Bir kritik olay gerçekleştiği zaman olayın çalışanlarla kritiği zaman kaybetmeden yapılmalıdır. Çünkü üstünden belli bir zaman geçtiğinde gereken değişikliklerin yapılması ve durumun anlaşılması zorlaşmaktadır. Ayrıca yönetici çalışanı devamlı izlediği için çalışanın davranışlarını not alan bir denetleyici olarak görülmektedir. Çalışan da devamlı izlendiği için gerçek davranışlarını göstermeyebilmektedir (Uyargil, 2002, s. 49).

1.4.4. Deneme yöntemi

Deneme yöntemi, adından da anlaşılacağı gibi, yöneticinin çalışanların performansı hakkında bir makale (deneme) yazdığı yöntemdir. Bu yöntem, çalışanın günlük performansından çok işini yaptığı davranışsal özelliklerine odaklanmaktadır (Mondy, 2010, s. 131).

Deneme yöntemi, değerlendirmenin kolay bir yoludur, ancak yöneticinin yazma becerisine bağlıdır. Yönetici çalışanın performansını tanımlayamıyorsa, yanlış anlaşılabilmektedir. Yöntemle ilgili diğer bir sorun, değerlendirmeyi karşılaştırmak veya analiz etmek için ortak bir kriter olmamasıdır (Bach, 2000, s. 141).

1.4.5. Çalışma Standartları Yöntemi

Çalışma standartları yöntemi, her çalışanın performansı ile değerlendirme yapmaktadır. Yönetim bir standart veya seviye belirlemekte ve her çalışanın çıktısına bağlı olarak değerlendirme yapılmaktadır. Çoğunlukla bu yöntem üretimde kullanılmakta çünkü bu tür işlerin çıktıları daha net olmaktadır (Bach, 2000, s. 143).

Yöntemin avantajı, kişisel özelliklere veya bilgiye değil, çıktıya bağlı olduğu için değerlendirmenin diğer yöntemlerden daha objektif olmasıdır (Mondy, 2010, s. 133).

1.4.6. Sıralama Yöntemi

Sıralama yöntemi, iş standartları yöntemi olarak da bilinen çok kolay bir yöntemdir. Yöntem, bir grubun tüm çalışanlarını genel bir performansa sahip olacak şekilde sıralamaktadır. Yöntem, çalışanların hepsini, en iyi çalışan ve performansı en düşük çalışan olarak sıralamaktadır. Bu yöntem, bir grubun çalışanlarını karşılaştırmakta ve onları performansa göre sıralamaktadır (Mondy, 2010, s. 134).

Yöneticilerin ücret artışı veya terfi gibi insan kaynakları kararları vermesi gerektiğinde sıralama yöntemi kullanılmaktadır. Onların düşünce tarzı, bir gruptan en iyisinin terfi edilebileceğidir, çünkü o en iyisidir ve terfi etmelidir (Bach, 2000, s. 144).

Sıralama yöntemi belki de performans yönetimi için en eski yöntemi oluşturmaktadır. Genel başarı durumuna göre çalışanlar sıralanmaktadır. Bu nedenle de günümüzde fazla kullanılmamakta ve çalışanları yalnızca niteliksel olarak değerlendirdiğinden eleştirilmektedir.

Sıralama yöntemi kapsamında ikili karşılaştırma yöntemi de ele alınmaktadır. İkili karşılaştırma yönteminin sıralama yönteminden daha etkili olduğu düşünülmektedir. Her bir çalışan birer birer karşılaştırılmakta ve belirli işaretler konulmaktadır. Daha sonra bu işaretler iyiden kötüye doğru sıralanmaktadır (Uyargil, 2002, s. 37).

1.4.7. Sonuca Dayalı Yöntem

Sonuca dayalı yöntem, yönetim tarafından çok az izleme ve yönlendirme ile değerlendirmelerin objektif ölçülerle yapılması ve çalışanların maaşlarının yaptıkları satışların bir oranıyla (komisyonla) belirlenmesine dayalıdır (Wierks, 2016, s. 9).

1.4.8. Zorunlu Dağıtım Yöntemi

Zorunlu dağıtım yöntemi, çalışanları belirli sayıda kategoriye sahip çalışma gruplarına yerleştiren bir değerlendirme sistemidir. Böyle bir sistemin nedeni, bir üst gruptaki çok sayıda çalışanı engellemektir (Mondy, 2010, s. 143).

Bu yöntem, General Electric, Cisco, HP, Microsoft vb. birçok kuruluşta bilinen ve kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemin destekleyicileri, çalışanları ile daha etkili ve doğru bir etkileşime girdiklerine inanmaktadır. Ayrıca personelleri işten çıkaramayacak kadar içe dönük olan yöneticiler için de iyi bir yöntem olduğu düşünülmektedir (Rue ve Byars, 2005, s.109).

Zorunlu dağıtım yönteminde çalışanlar aşağıda verilen ölçeklerden birisine yerleştirilmektedir:

1. %10- Çok yüksek
2. %20- Yüksek
3. %40- Orta
4. %20- Düşük
5. %10- Çok düşük

Yukarıdaki ölçekler doğrultusunda 100 kişilik bir grup ele alınacak olursa değerlendirmeyi gerçekleştirilen yetkilinin bir gruptan 10 çalışanı en yüksek, 20 çalışanı yüksek, 40 çalışanı orta, 20 çalışanı düşük ve 10 çalışanı da en düşük kategorisine koyması gerekmektedir. Bu değerlendirme de tek ya da genel bir kriter ele alındığı için günümüzde fazla kullanılmamaktadır (Uyargil, 2002, s. 39).

1.4.9. Davranışsal Bağlantılı Derecelendirme Ölçeği Yöntemi (BARS)

Davranışsal olarak bağlantılı derecelendirme ölçeği yöntemi, kritik olay yöntemi ile geleneksel derecelendirme ölçeği yöntemini birleştiren bir değerlendirme yöntemidir.

Değerlendirme, çalışanın iş davranışını tanımlayan çeşitli kategorilere, başka bir deyişle ölçeklere dayanmaktadır (Mondy, 2010, , s. 154). Bu yöntem derecelendirme ölçeklerine uysa da, yüksek, orta veya düşük ölçekler kullanmadığı için farklı çıkmaktadır. BARS metodu, ölçülen kriterlerle ilgili davranışsal durumlara dayanan derecelendirme ölçeklerine sahiptir (Pulakos, 2004, s.153). Bu stratejiyi kullanarak yöneticiler önyargıları ve hataları azaltabilmektedir, çünkü BARS yöntemi iş bilgilerine ve ölçülen kriterlere dayalı olarak her ölçeğin net açıklamalarına sahiptir. Bu yöntem, belirli davranışlar ve özellikler nedeniyle tartışmaya izin vermektedir.

Her şeye rağmen BARS yönteminin iki önemli dezavantajı vardır. Değerlendirilen davranış sonuç odaklı olmaktan çok faaliyet odaklıdır. Aynı zamanda, maliyetlidir, çünkü BARS yönteminin her iş kategorisi için tutarlı bir şekilde uyarlanması gerekir. Ancak BARS yöntemi, gerçek ve haklı iş davranışlarını gözlemlediği için en kabul edilebilir yöntem olarak görülmektedir (Rue ve Byars, 2005, s. 111).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS DEĞERLENDİRME VE SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

2.1. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme

Sağlık hizmetlerinde performans değerlendirme 18. yüzyılın ortalarına dayanmaktadır. Pensilvanya Üniversite Hastanesi bahsi geçen yüzyılda, yapılan sağlık hizmetlerinin çıktılarını kayıt altına almıştır.19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde ise Florance Nightingale ölüm ve enfeksiyon oranlarını kayıt altına almıştır. Ancak performans değerlendirmenin bir verimlilik ve kalite çalışması olarak değerlendirilmesi konusu 20. yüzyılın başlarında Ernest Amory Codman tarafından "end result system of hospital standardizasyon" yani hastane standardizasyonunun nihai sonuç sistemi ortaya atılarak, hastanın taburcu işlemlerinin sona ermesi ile birlikte hastaya ait tüm kayıtların tutulması, tedavi sonuçlarına göre en iyi sağlık hizmetini veren veya en kötü sağlık hizmetini sunan hekimlerin belirlenmesini önermiştir. Codman'ın bu önerisi ile uygulanan sağlık hizmetinin başarısı test edilebilecekti ancak o dönemin koşulları gereği çok fazla radikal bir karar olarak görülerek, kabul görmemiştir (Loeb, 2004, s. 6). Daha sonraları Codman'ın meslek arkadaşı olan Martin, American College of Surgeons (ACS) adlı bir dernek kurmuştur. Bu dernek tarafından Codman'ın fikirlerini de barındıran "Minimum Standards for Hospitals" yani hastaneler için asgari standartlar adlı bir hastane denetleme formunu 1918 yılında oluşturmuştur. 1951 yılında ABD'nin Oakbrook Teras kent merkezli "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" yani hastanelerin akreditasyonu ortak komisyonu adlı komisyon kurulmuş ve hastaneleri akredite edebilmek için 1953 yılında "Standarts for Hospital Accreditation" yani hastane akreditasyonu standartlar adında set yayınlanmıştır. 1970'li yıllarda sağlık hizmetlerinin maliyetleri artmış ve bu durumun sağlık hizmetleri sunan organizasyonları

harekete geçirmiştir. Bu doğrultuda "Federal Health Maintanence Organization Act" yani federal sağlık bakım örgütü yasası çıkarılmıştır. Gelişen teknoloji ve sağlık hizmetlerinin pahalılığı sağlık hizmetlerinde maliyetleri kontrol altına almaya yöneltmiş ve bu nedenlerden ötürü 1985 yılında "Tax Equity and Fiscal Responsibility Act" yani vergi öz sermayesi ve mali sorumluluk yasası çıkarılmıştır. Daha sonraları 20. yüzyılın sonlarına doğru gelindiğinde sağlık hizmetinin sunulmasını isteyenler, sağlık hizmeti için vermiş oldukları ücretlerin karşılığını daha fazla ister hale gelmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetinin etkin ve verimli bir şekilde sunulması, ekonomik açıdan en uygun sağlık hizmetinin verilmesi ve verilen sağlık hizmetinin kalitesinin en üst düzeye çıkarılması adına sağlıkta performans değerlendirmelerini sağlayacak çalışmalar yapılmıştır. Bu anlayış doğrultusunda sağlık hizmetlerinin performansını denetleyen birçok kurum ve kuruluş Amerika Birleşik Devletlerinde kurularak, faaliyete geçmişlerdir (Mcıntyre ve ark., 2001, s. 12-13).

Sağlık kurumlarında performans (Tanrıverdi ve Çiğdem, 2010, s. 116);

1. Öncelikli hedeflerin gerçekleştirilmesi, hedeflerin başarıya ulaşıp ulaşmadığı ve nasıl başarıya ulaşıldığının ölçülmesi
2. Hedefleri gerçekleştirme sırasında yararlandıkları kaynakların ölçümü
3. Kullanılan kaynakların verimli bir şekilde kullanılıp kullanılmadığının tespiti
4. Sağlık kurumlarının işlevlerinin ve hedeflerinin verimli bir şekilde başarıya ulaşmasındaki etkilerinin değerlendirilmesidir.

Sağlık kurumları faaliyet konusu insan sağlığı olması sebebiyle yönetim anlamında herhangi bir ayrım yapılmaksızın performansa değer vermek zorundadırlar. Sağlık kurumlarının hayatta kalabilmesi ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için, yöneticilerin, hastaların, çalışanların halkın ve diğer paydaşların taleplerini karşılayıp karşılamayacağını ve organizasyonun yürütülen faaliyetleri hakkındaki bilgilerin doğruluğunu belirlemek için etkin bir performans yönetimine ihtiyaç duyulmaktadır. Etkin bir performans yönetimi sayesinde sağlık kurumları bilmedikleri şeyleri ortaya çıkartır ve bunun sonucunda başarılı olup olmadıklarını belirleyebilir. Performans yönetimi sayesinde, yöneticilerin aldıkları kararlar duygusal değil, gerçek verileri esas alan sezgisel kararlara dayanır ancak aldıkları kararların doğruluğunu bu yolu izledikleri takdirde emin olabilirler. Ayrıca, performans yönetimi ile hastanelerin aksayan yönleri

ortaya çıkar ve iyileştirme alanları belirlenebilir (Coşkun, 2009, s. 48). Özellikle de etkin ve verimli bir performans yönetimi bakış açısıyla yaklaşılarak, sağlık kurumlarının yüksek hizmet üretim maliyetinin olduğu bir kuruluş olmasıyla birlikte, standartlara dayalı bir şekilde, rutin olarak performansın değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (Esatoğlu, 2007, s. 359).

Sağlık işletmelerinin birbirinden farklı değerlere, hedeflere ve gayelere sahip olması sebebiyle performans değerlendirme sistem ve ölçütleri farklılık göstermektedir. Görüldüğü üzere sağlık işletmelerinde eskiden beri gelen performans değerlendirme çalışmaları hala bir standardizasyon oluşturmamakla beraber belirsizlikleri de barındırmaktadır (Çınaroğlu ve Şahin, 2014, s. 84).

Sağlık sisteminde performans değerlendirme sadece sağlık personelinin performans değerlemesini değil aynı zamanda belirlenen sağlık kurumunun atıl kapasitesinin tespit edilmesine de katkı sağlar. Ayrıca performans değerlendirme sağlık kurumunun elinde bulunan kıt kaynakların daha etkin ve verimli bir şekilde nasıl kullanılabileceği ile ilgili bilgi sunar. Bunlara ek olarak hükümet politikaları kapsamında, kalite ve verimlilik hizmetleri çerçevesince, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine katkı sağlayabilmek için performans değerlendirme sonuçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu performans değerlendirme sonuçlarına istinaden, sağlık kurumunca uygun politikalar, hedef ve stratejiler belirlenebilir (Ürün, 2019, s. 59-60).

Sağlık hizmeti üretiminin, girdileri olan tıbbi sarf, tıbbi ilaç, tıbbi cihaz ve diğer malzemeler gibi somut olanakların yanında ağırlığı daha fazla olan soyut olanaklara dayalı olması, sağlık hizmetlerinde performans değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır. Bunların sonucunda elde edilen performans değerlendirme sonuçlarından ülkenin sağlık hizmetlerinin durumu ile beraber ekonomik durumu, sosyo-kültürel yapısının belirlenmesine de ışık tutacaktır.

Literatür incelendiğinde, sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik sağlık yönetiminde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. Önemli unsurlardan etkinlik, sağlık işletmelerinin girdileri olan sağlık çalışanları ve tıbbi malzemeler ile üst düzeyde hasta memnuniyeti sağlayarak hastaları tedavi edebilme yeteneğidir. Sağlık işletmelerinin homojen bir sağlık hizmeti sunmaları göz önüne alındığında, girdilerini hasta memnuniyetini azaltmayacak şekilde çıktılarında azalma meydana geliyorsa bu sağlık işletmesi etkin bir işletmedir. Ancak sağlık işletmesi aynı hasta memnuniyetini sektörde

bulunan diğer sağlık işletmelerine göre daha fazla oranda girdi kullanarak sağlık hizmetini veriyorsa bu sağlık işletmesi kaynaklarını etkin olarak kullanamıyor demektir (Çelik ve Esmeray, 2014, s.46-47).

Sağlık hizmetlerinde performans ölçümü sağlık sistemlerinin eksikliklerini belirlemeye ve ülkelerin finansmandaki adalet, insanların beklentilerine cevap verme ve benzer sağlık seviyelerine ulaşma gibi konularda neden benzer gelir seviyelerine sahip ülkelerde verilen sağlık hizmeti seviyesinde olmadıklarını açıklamaya yardımcı olur. Diğer taraftan sağlık sisteminin hükümet tarafından ekonomik kalkınma planı çerçevesince, yıllar içinde değerlendirilmesini sağlayacak göstergeler sağlar. Sağlık sistemi politikaları (finansman ve dağıtım mekanizmaları dahil) belirli sosyo-ekonomik koşullar altında özellikle değişiyorsa, ileri zamanlarda bu politikaları doğrulamak veya iptal etmek için bir temel sağlayabilir (Uğuroğlu ve Çelik, 2005, s.8).

Sağlık işletmelerinde performans değerlendirme sisteminin amaçlarından bahsetmekte yarar gözükmektedir. Barutçugil (2015, s.182)' e göre performans değerlendirme sisteminin amaçları Şekil 2 ile aşağıda gösterilmektedir:

Şekil 2. Performans Değerlendirme Sisteminin Amaçları



Kaynak: Barutçugil, İ., (2015), *Performans Yönetimi*, Kariyer Yayınları

Bu doğrultuda sağlık kurumlarında performans değerlendirme, büyük bir önem taşımaktadır. Kurumun oluşturduğu hedefler, politikalar ve amaçlar çerçevesinde performans değerlendirmelerin çıktıları aynı zamanda büyük bir veri kaynağı oluşturmaktadır. Bu veri kaynağını elde ederken yapılması gerekenler bir sonraki bölümde işlenecektir.

2.2. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme Süreci

Sağlık işletmelerinde de performans değerlendirmeleri, diğer sektörlerdeki performans değerlendirmelerinde olduğu gibi strateji, amaç ve hedeflerin açık bir şekilde ortaya konulması ile başlamaktadır. Sonrasında ise performans değerlendirme kriterlerinden başlayarak sektörel farklılıklardan söz edilmesi gerekmektedir. Daha sonra ise sağlık sektöründe performansın ne derecede olduğunun tespiti doğrultusunda hangi alanların ölçülmesi gerektiğinin belirlenmesi gerekmektedir. Buna göre sağlık sistemlerindeki ölçüm alanları Şekil 3'teki gibi gösterilmektedir (Tengilimoğlu ve Toygar 2013, s. 53):

Şekil 3. Sağlık Sistemlerindeki Ölçüm Alanları



Kaynak: Tengilimoğlu, D. ve Toygar Ş. A., Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 1, 2013, 50-78.

Sağlık sektörünün ölçüm alanları yukarıdaki şekilde belirtilmekle birlikte sağlık kurumunun sınıflandırılması, yatak sayısı vb. gibi nedenlerden dolayı farklı ölçüm standartları ile karşılaşılabileceğinin yinelenmesi faydalı olacaktır.

Sağlık kurumunun her bir ölçüm alanında yani bir bölüm içerisinde ayrı ayrı performans değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Bu durum performans değerlendirme sonuçlarının ayrıntılı bir şekilde irdelenmesine olanak tanımaktadır. Performans değerlendirme yapılırken insan kaynakları yönetimi birimi ile beraber çalışılmasında fayda bulunarak, gerekli bölümler için ölçütler belirlenmelidir. Ateş ve ark.(2007, s. 402)'e göre bu ölçütler hemşire devir oranı, doktor devir oranı, kurumsal öğrenmede son durum, yetkinlik artışı, çalışan memnuniyet oranı ve maliyet duyarlılığı gibi temel konularda çalışan bağlılığı olarak belirlenmiştir. Tengilimoğlu ve ark. (2015, s.333)'na göre ise performans göstergeleri/ölçütleri hizmet ve personel performansı olarak ayrım yapmış ve hizmet performans göstergelerini/ölçütlerini ise poliklinik sayısı, taburcu edilen hasta sayısı, ölen hasta sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, yatılan gün sayısı, acil servis başvuru sayısı olarak belirlerken personel performansını ise personel sayılı/fiili yatak sayısı, dolu yatak sayısı, yatan hasta sayısı, fiili hasta günü sayısı, poliklinik sayısı olarak belirtilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Kuruluşları İçin Performans Değerlendirme Ölçütlerinin Sınıflandırılması

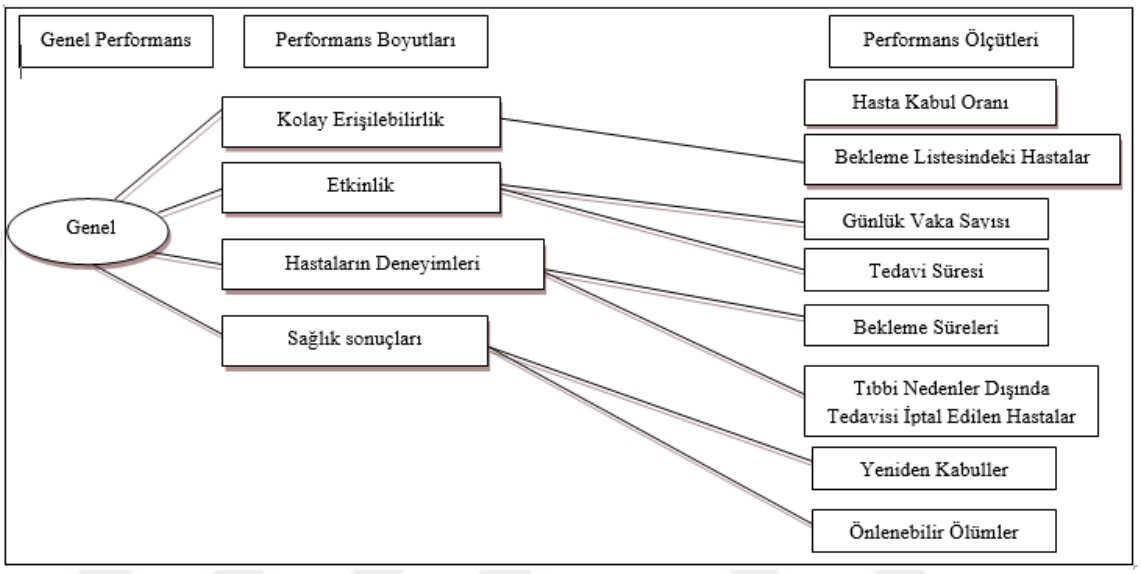
	MALİ/FİNANSAL PERFORMANS	**KALİTE PERFORMANSI**
İÇSEL ÖLÇÜTLER	Üretim etkinliği	Süreç kalitesi
DIŞSAL ÖLÇÜTLER	Kullanım Finansal durum	Hizmet kalitesi Müşterilerin algıladıkları kalite
	Pazar payı	Müşteri memnuniyeti

Kaynak: Li. L. X., Benton W. C. (1996), 'Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions', *European Journal of Operational Research*, 93 (1996), s. 450

Li ve Benton (1996)'nın Tablo 1'de görüldüğü üzere sağlık kuruluşları için performans değerlendirme ölçütlerini sınıflandırırken, İçsel ve dışsal ölçütler olmak üzere ikiye ayırmıştır. Bu doğrultuda içsel ölçütleri mali/finansal performans başlığı altında üretim

etkinliği ve kullanım olurken kalite performansı başlığı altında ise süreç kalitesi ve hizmet kalitesi olarak ele almıştır. Dışsal ölçütleri ise mali/finansal performans başlığı altında finansal durum ve pazar payı kalite performansı başlığı altında ise müşterilerin algıladıkları kalite ve müşteri memnuniyeti olarak ele almıştır.

Şekil 4. Performans Ölçütleri Ağacı



Kaynak: Santos S. P. Belton V. Howick S. (2002) Adding Value To Performance Measurement By Using System Dynamics and Multicriteria Analysis, *International Journal of Operations & Production Management*, 22 (11), s.1260

Li ve Benton Tablo 1'de performans ölçütlerini sınıflandırırken Santos ve ark. (2002)'nın ise Şekil 4'de görüldüğü gibi performans ölçütleri ağacı oluşturmuş, bu ağaçta sağlıkta performans ölçütleri, sağlıkta performans boyutları ve bu boyutlar ile sağlık yönetim sistemi performansı arasındaki ilişkilere dair bilgilere yer vermiştir. Performans ölçütleri arasında; hasta kabul oranı, bekleme listesindeki hastalar, günlük vaka sayısı, tedavi süresi, bekleme süreleri, tıbbi nedenler dışında tedavisi iptal edilen hastalar, yeniden kabuller ve önlenebilir ölümler yer almaktadır.

Sağlık personelinin etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetini sunabilmesi için sundukları sağlık hizmetinin ölçülebilir olması gerekmektedir. Bu ölçütleri avantajlı olabilmenin yanında avantajlı olmayan durumda olabilmeleri nedeniyle eleştiriye açıktır. Tüm sistemi kapsayan adaletli bir performans değerlendirme sistemi kurulsa ve uygulamada en iyi değerlendirme sonuçları verecek ölçütler belirlenebilse dahi uygulamada birçok sorun ortaya çıkabilmektedir. Bu ölçütlerden bazıları şu şekilde belirlenebilir: Hizmet alıcılarının memnuniyetini sağlamak, sağlık düzeyini ileri

seviyelere taşımak, kaliteli bir sağlık hizmet süreci ile hizmeti yürütmek ve sağlık hizmetini sunmak için tüm kaynaklarda tanımlanan kuralları gerçekleştirmektir (Canol ve Vardarlıer, 2017, s.768).

Değişen örgüt çıktılarını, performans ölçütlerinin bağımsız belirleyicisi olarak tanımlanabilir. Bu performans ölçütlerinin özellik üzerinde durulması gerekenlerin başında (Fottler, 1987, s.369-375):

1. Sağlıkta hizmet kalitesi
2. Sağlıkta verimlilik
3. Hasta memnuniyeti
4. Finansal sonuçlardır.

Tablo 2. Sağlık Performans Ölçümünün Boyutları

Ölçüm Alanı	**Ölçümün Açıklanması**	**Gösterge Örnekleri**
Sağlık Nüfusu	Nüfusun sağlığı üzerine toplanan verilerin ölçümü	-Yaşam beklentisi -Sağlıklı yaşam beklentisi -Kaybedilen yaşam yılları -Önlenebilir ölüm -Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY)
Bireysel Sağlık Çıktıları	Bireylerin sağlık durumunun ölçülmesi, Tüm nüfus ya da gruplar arasındaki ölçümlere nazaran göreli olabilir. Bir takım göstergeler de bazı sağlık durumlarının sıralanmasında yarar sağlayabilir.	Genel Ölçümler -Kısa Form 36 (SF- 36) -EQSD Hastalığa Özel Ölçümler -Artrit Etkisi Ölçeği -Parkinson Hastalığı Anketi (PD- 39)
Klinik Kalite ve Bakım Uygunluğu	Hizmetlerin ve hasta bakımının ölçümü Arzulanan çıktıları elde edilmesi için yapılmaktadır.	Çıktı Ölçümü -Sağlık durumu -Belirli post-operatif ölüm oranları Süreç Ölçümü -Kan basıncı ölçüm sıklığı

Eşitlik	Sağlıkta eşitlik, sağlık bakım hizmetine erişim, cevap verebilirlik ve finansman kapsamının ölçümü	-Kullanım ölçümleri -Erişim oranları -Kullanım-ihtiyaç oranları -Harcama eşikleri
Verimlilik	Sağlık sisteminin, sağlık kurumlarının, bireysel uygulayıcıların verimliliğinin ölçülmesi	-Çalışan verimliliği -Maliyet etkililik ölçümleri (Örn: Tedavi ve müdahaleler için) -Teknik etkililik (Girdi/çıktı ölçümü) - Tahsis etkililiği (Maliyet fayda analizleriyle sağlığın geliştirilmesinin farklı yollarının karşılaştırılması)

Kaynak: Papanicolas, I., C. P. Smith, E. Mossıalos (2008), Principles of Performance Measurement, Euro Observer-The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, 10 (1): 2

Sağlık işletmelerinde kullanılan çeşitli performans ölçütleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu kapsamda sağlık ölçütleri ve göstergeleri, bu alandaki gelişmeleri takip edebilmek ve belgelemek adına önem arz etmektedir. Aynı zamanda ülkelerin sağlık sistemleri ve sağlık durumlarının gelişimi için kanıt toplamak ve somut adımlar atabilmek adına da gerekli olarak görülmektedir (Kruk ve Freedman, 2008, s.265).

Bu açıklamalar doğrultusunda sağlık işletmelerinde performans değerlendirme süreci ifade edilmiştir. Ancak bu süreci oluştururken performans değerlendirmenin yararlarından bahsetmekte büyük fayda bulunmaktadır.

2.3. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirmenin Yararları

Sağlık kurumlarında performans ölçümünün birden fazla yararları bulunmaktadır. Bunlar; ameliyathanelerin daha etkin ve verimli kullanımı, hastanede bekleme sürelerinin tespiti, birim başına düşen hasta maliyetinin azaltılması, asgari şekilde gelir-gider dengesinin korunması ve daha verimli bir yöneticilik anlayışı ile takip edilmesi, gereksiz istenilen tetkiklerin azaltılması, eğitim fırsatları takip ederek sağlık çalışana eğitim verilmesi, çalışan ve hasta memnuniyeti araştırması yapılmasına fırsat verilmesi bu yararlar arasındadır (Karaman ve ark. 2019 s.159). Sağlık işletmelerinde performans değerlendirmenin yararları geniş anlamda açıklanacak olursa sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları ve sağlık kurumu açısından yararlarından bahsetmek gerekmektedir.

1. Sağlık Yöneticileri Açısından: Sağlık yöneticileri tarafından astlarına yetki devri daha da kolaylaşır. Sağlık yöneticilerinin kontrol mekanizmalarını elinde

tutmalarına destek sağlar. Çalışanlar, yöneticiler ve birimler arası etkili iletişime temel oluşturarak, çalışanların ve birimlerin performansını artırır. Yöneticiler ve çalışanlar arasında etkili iletişim ile beraber birbirlerini tanımaları nedeniyle hangi alanlarda eğitim ihtiyacının oluşturduğu hakkında bilgi verir (Uyargil, 2017, s.11). Ayrıca sistemin aksayan yönleri ortaya koyularak, sorunlar tespit edilir. Bu tespitler doğrultusunda gerekli değerlendirmeler ve sağlık hizmetinin aksamasına sebebiyet olan noktalara müdahale edilebilir. Çalışanlarının iş doyum düzeyinin arttırılmasına yönelik çalışmalar kapsamında bilgi alışverişi sağlanabilir. Sağlık yöneticilerine bu kapsamda yöneticilik yeteneklerini ve becerilerini ispat etme olanağı sağlanabilir (Tengilimoğlu, 2015, s.400).

2. Sağlık Çalışanların Açısından: Sağlık çalışanlarının sağlık yöneticilerinden istenileni ve beklentisini öğrenmesini, zayıf ve güçlü yönlerinin performans değerlendirme ile beraber ortaya konulması sayesinde, zayıf yönlerinin güçlendirilmesi için imkân sahibi olunması noktasında bilgi sağlar. Aynı zamanda sağlık yöneticileri ve sağlık kurumları tarafından önemsendiği hissettirilerek, güven duygusu yaşatmaktadır (Dost, 2016, s.232). Sağlık kurumunda üstlendikleri görev tanımları, sorumluluk ve hâkimiyet alanlarını daha üst noktada benimseyerek, performanslarına dair pozitif anlamdaki dönüşler iş doyumunda, iş tatmininde ve kuruma karşı güven hissinde olumlu anlamda artış sağlar (Uyargil, 2017, s.11). Performans değerlendirme sonuçları açısından örgütsel bağlılık ve örgütsel sadakat konusunda güven tazeleyerek, performansının artmasına yardımcı olur. Olumsuz değerlendirme sonuçları açısından geri bildirim alması noktasında eksiklerini tamamlayarak kendi performansı ile beraber sağlık kurumunun performansının artmasına katkı sağlar.

3. Sağlık Kurumu Açısından: Sağlık çalışanlarının motivasyonlarını belirlemek, onların performanslarını artırmak, verimliliği en üst düzeye çıkartarak, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini arttırabilmek, sağlık işletmelerinin fayda açısından adil bir ücret sisteminin sağlanması konularında fayda sağlar (Tengilimoğlu, 2015, s.400). Sağlık hizmetinin belirlenen strateji ve hedeflere yönlendirilmesi, sağlık yöneticileri ile sağlık çalışanları arasında koordinasyonun aynı amaç doğrultusunda takım ruhu sağlamanın sağlık kurumuna yayılması, sorumluluk,

risk alma ve etkin iletişim konularının sağlık kurumlarında tüm birimlere yayılması, sağlık kurumu açısından yararları içerisindedir. İlerleyen zamanlar için yüksek hedeflerin belirlenmesi konusunda kıt kaynakların etkin ve verimli kullanılması ile beraber sağlık sektöründe rekabet oluşturulması konusunda fayda sağlar (Karadeniz, 2019, s.28).

2.4. Türk Sağlık Sisteminde Performans Değerlendirme

Günümüz koşullarında rekabet artık kaçınılmaz hale gelmiştir. Özellikle de sağlık hizmetlerinde rekabet, geçen yıllara kıyasla artış eğilimi içerisindedir. Bu rekabet içerisinde bulunan koşullarda gereksinimleri karşılamak, kıt kaynaklar olması sebebiyle maliyetleri azaltmak, verimliliği en üst düzeye çıkartarak etkinliğin devamını sağlamak ve oluşan değişimlere ayak uydurabilmek için kalite ve verimlilik uygulamaları başlatılmıştır. Bu doğrultuda 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, Türkiye'de köklü değişiklikler yapılmıştır. Türk sağlık sisteminde karar vericiler, çalışanlar ve sağlık hizmetini alanlar bir bütün olarak değerlendirilen bu reformda, Türk sağlık sisteminin kalite ve verimliliğini arttırmak adına Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'na bağlı olarak Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Başkanlığı olarak kurulmuştur. Daha sonraları ise Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak Ek Ödeme Dairesi Başkanlığı ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programında "performansa dayalı ek ödeme" duyurulmuş ve verilen sağlık hizmetinin katkısı oranında sağlık çalışanına ödenmesinin yanında birçok faktörü içinde barındıran ve sağlık çalışanının verimliliğini arttırmaya yönelik bir süreç olarak ifade edilmiştir (Çakıroğlu ve Seren, 2016, s.40).

Bu sistem 2003 yılında tanıtılması ile beraber pilot uygulama olarak başlatılmış ve bu durumun üzerine, 2004 yılında ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır. Uygulamaya 2005 yılında kalite çalışmaları eklenmiş, 2010 yılında ise yöneticiler de sisteme dâhil edilerek yönetici performans uygulaması geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Ek olarak sağlık çalışanlarını da yaptığı işi daha çok sahiplenmesi, etkinliği ve verimliliği arttırmak için birim performans uygulaması hayata geçirilmiştir (Çakır ve Sakaoğlu, 2014, s. 4).

Türk sağlık sisteminde sağlık çalışanlarının performanslarındaki etkinliğini ve verimliliğini arttırmak adına, ücret sistemi üzerinden performans değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bu sistem daha çok hekimin yapmış olduğu puanların, katsayılar ile çarpılması sonucu ek ödeme almasına imkan tanımaktadır. Hekim dışı sağlık personelinin herhangi bir performans göstergeleri ile puan kazanma gibi bir imkânın verilmemesi ve hekimlerin yapmış olduğu puanlar sonucunda tüm sağlık çalışanların sistem üzerinden ek ödeme alması sistemi birçok konuda eleştiriye maruz bırakmıştır. Bu sistemin sadece ücret sistemi üzerinden performansına göre ödüllendirme alması akıllarda soru işareti bırakmıştır. Ancak sağlık çalışanlarının performans değerlendirme sonucunda ödüllendirilmesine yönelik terfi, kademe ve derece ilerlemesi, tebrik, sosyal yardım, eğitim, motivasyonu yükseltecek diğer unsurlarla ilgili herhangi bir iyileştirme bulunmamaktadır.

2.5. Türkiye Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile duyurulan ve daha sonraları peyder pey geliştirilen, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanan performansa dayalı ek ödeme sistemi, kalite ve verimlilik ile beraber sağlık sisteminin yönetilmesinde kolaylık sağlayan bu sistem sağlık çalışanı olarak nitelendirilen ancak uygulamada ayrım yapılan; hekim ve hekim dışı sağlık personelinin almış oldukları ücrete ek olarak çalıştığı hastanenin ay bazında yapmış olduğu katkı oranında, alabileceği ek ücret olarak ifade edilmektedir. Bu sistemin temel amacı sağlıkta kaliteyi arttırmak, hasta memnuniyetini en üst düzeye çıkartmak ve sağlık hizmeti için harcanan maliyetleri en aza indirmektir (Kolaylı ve Lorcu, 2017, s. 341-342).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hasta memnuniyetinin artması ve sağlık çalışanının motivasyonunun yükseltilmesi gibi faydalarının yanında hekimlerin puan sistemi ile ek ödeme almış olması, gereksiz hasta bakma, branş ve unvan farklılıklarından kaynaklanan ek ödeme dengesizliği nedeniyle hasta memnuniyetsizliğine sebebiyet gibi durumlar nedeniyle sistemin görece adaletli ve mükemmel olmadığı gibi ağır eleştirilerde almaktadır (Zaim, 2007, s. 365-366; Mannion ve Davies, 2008, s. 307-308).

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan girişimsel işlemler yönergesi ile hekimler tarafından yapılan işlemlerin puan karşılıkları sağlık uygulama tebliğinde gösterilmiştir. Bu sistemde hekimler tarafından yapılan tetkik, tedavi, ameliyat ve muayene gibi

işlemler puanlamaya dahil edilirken, hekim dışı sağlık personelin yapmış olduğu laboratuvar, röntgen, enjeksiyon, hastane bilgi yönetimi sistemlerinde yapılan iş ve işlemler puanlandırılmamıştır (Yüksel ve Sayın, 2020, s.389-390).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde yapılacak ek ödeme, hastanenin elde etmiş olduğu döner sermayeden ödenmektedir. Bu döner sermayenin belirlenmesi ve ek ödemenin hangi oranlarda verileceğine dair iş ve işlemleri gerçekleştirmek için döner sermaye komisyonu oluşturulmaktadır. Döner sermaye komisyonunun dağıtılacak ek ödeme tutarını belirlerken hastanenin gelir-gider dengesi ile borç, alacak, nakit durumu, ihtiyaçlarını ve tahakkuk yapılan faturalara kurumlarca yapılabilecek itirazlar sonucunda iptal edilen fatura tutarını gözetmekle mükelleflerdir.

Bu komisyonda görev alacak kişiler 04.03.2020 tarihli 31058 sayılı resmi gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 6. maddesinde belirtilmiştir. Bunlar:

a) Başhekim/Koordinatör Başhekim,

b) İdari ve Mali Hizmetler Müdürü,

c) Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü,

ç) Dâhili ve cerrahi klinikleri ile laboratuvar ve röntgen birimlerini temsilen birer sorumlu uzman tabip, üçüncü basamak sağlık tesislerinde ise birer eğitim sorumlusu/eğitim görevlisi veya uzman tabip,

d) Bir pratisyen tabip,

e) Bir asistan,

f) Bir diş tabibi,

g) Bir sağlık lisansiyeri (psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, biyolog gibi),

ğ) Bir sağlık hizmetleri sınıfı temsilcisi (hemşire, ebe veya sağlık memuru gibi),

h) Bir teknik hizmetler sınıfı temsilcisi,

ı) Bir yardımcı hizmetler sınıfı temsilcisi,

i) Bir genel idari hizmetler sınıfı temsilcisi,

j) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sağlık ve sosyal hizmetler kolunda faaliyet gösteren sendikalardan o kurumda en çok üyeye sahip sendikanın temsilcisidir.

Bu döner sermaye komisyonu tarafından ödenecek tutarın hazine hissesi, merkez hissesi ve sosyal hizmetler çocuk esirgeme kurumu gibi yasal kesintiler hasılattan ayrıldıktan sonra kalan tutarın 209 sayılı kanunun 5. maddesinin 10. fıkrasında belirlenen oranı geçmeyecek şekilde sağlık tesisi katsayı çarpımı neticesinde belirlenir.

Sağlık personeline ödenecek ek ödeme, bu bileşenlere ek olarak performansa dayalı ek ödeme sisteminde esas kadro unvan katsayıları üzerinden hesaplamalar yapılmaktadır. Bu katsayılar 04.03.2020 tarihli 31058 sayılı resmi gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin EK-2 hizmet alanları-kadro unvan katsayıları tablosunda belirtilmiştir.

2.6. Sağlık İşletmelerinde Kullanılan Performans Değerlendirme Kriterleri

Sağlık işletmelerinden performans değerlendirme yaparken belirli süreçlerden geçmesi gerekmektedir. Bu süreçler, yukarıda belirtilen bölümlerde işlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde performansın değerlendirilmesi aşamasında en önemli unsurlardan biri performans değerlendirme kriterlerinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda hasta, sağlık çalışanı, sağlık yöneticisi ve sağlık işletmesi için ayrı ayrı performans değerlendirme kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Her hizmeti sağlayan kişiler veya kuruluşlar için alınmış ya da verilmiş sağlık hizmetlerinin performansı, yaşanan olgu ve olaylar, deneyim, ilgi ve yorumuna göre farklılık göstermektedir. Hasta için ifade edilecek olursa bir hastanın performans kriterleri, almış olduğu sağlık hizmetinin kalitesi olarak belirlenebilir. Sağlık personeli için arzulanan klinik sonuçlara erişimi oranı olarak belirlenebilirken, sağlık kuruluşu için verilen sağlık hizmetinin sağlam ekonomik göstergeler ile destekleyerek hastalara verebilmektir. Ancak geri ödeme kurumlarınca bu performans kriterleri ise en az maliyet ile hasta memnuniyetinin sağlanması olarak belirlenebilir. Görüldüğü üzere hem hizmet sunucuların hem de hizmet sağlayıcıların performanstan beklentileri farklılık göstermektedir. Bu sebeplerden ötürü sağlıkta performans değerlendirme kriterleri oluşturmak veya performans ölçüm sistemi oluşturmak oldukça zor bir süreçtir (Çınaroğlu ve Şahin, 2014, s.84). Bu zor süreçte performans değerlendirme kriterlerinin oluşturulması veya performans değerlendirme ölçüm modellerinin uzun yıllardır

geliştirip ortaya koyulamamasının sebebi araştırmacılar veya çalışmacılar tarafından yeterince uğraş verilmemesinden değil, performans değerlendirme ölçümünün göreceli olması, soyut nedenlere dayanması gibi unsurlarla beraber performans ölçümünün oldukça zor olmasıdır. (Eddy, 1998, s. 9)

Yılmaz (2013, s.142)'a göre sağlık hizmetlerinde performansın üç temel kriteri olduğunu bunların ise yapı, süreç ve sonuca dayalı performans kriterleri olduğunu söylemiştir. Yapısal kriterler örgütün performansı üzerinde etki olduğu düşünülen özellikler ile örgüt için kendini çalışmaya adamış personelin özellikleri olarak belirtilmiştir. Bu çerçevede, sağlık kurumunun etkili çıktı sağlamak adına belirtilen tüm girdiler olarak düşünülebilir. Ayrıca sağlık kurumunun etkili çıktı sağlamak adına belirtilen tüm girdilere örnek olarak, sağlık teknolojisinin varlığı, bilgi teknolojilerine odaklılık, kurumun akreditasyonu ile randevu süresi gösterilebilir (Hough, 2008, s.178).

Süreç kriterleri, denetim mekanizması olarak ifade edilebilir. Hedefte istenilen sağlık hizmetinin arzu edilen sonuç, çıktının uygunluğunun derecesini ölçen kriterlerdir. Bu kriterlerin temelinde doğru malzeme ile eğitimli sağlık personelinin tedaviyi doğru bir biçimde gerçekleştirmesi, hasta için en doğru olanıdır düşüncesi yatmaktadır. Bu sağlık hizmetinin verilişi sırasında yapılan iş ve işlemlerle, ilgili kanıtlara dayanmaktadır. Sağlık kuruluşu tarafından sağlık hizmeti için verilen standartlara bu kriterler referans sağlamaktadır. Örneğin laboratuvar hizmeti verilirken hemogram sonuçlarının 2 saat içerisinde sonuçlandırılmasıdır. Aynı zamanda bir hastanın kalp krizi geçirmesi esnasında 24 saat içerisinde beta bloker ilaçlar kullanması da bir örnek olarak gösterilebilir (Harrington ve Pigman, 2010, s. 31).

Sonuç kriterleri ise sağlık hizmeti ifası esnasından yapılan teşhis, tedavi ve uygulamanın sonuçları ile maliyetlerine odaklanmaktadır. Hastanın öyküsünde belirtmiş olduğu şikâyetlerin şu anki durumu ile gelecekteki durumu arasındaki farkı ifade eder (Kelly, 2007). Hastanın sağlık durumundaki etkilerini araştıran sonuç kriterleri sağlık hizmetinin uygulanmasına neden olan şikâyetlerin çözüme kavuşması ile beraber sonuçlanacaktır. Yani hastanın tam iyileşme hali, sağlık kurumuna bağımlı hale gelme veya ölümü halinde ölçülebilecek bir kriterdir (Harrington ve Pigman, 2010, s. 31).

Sağlık hizmetinin ifasının performansı klinik performans çerçevesince incelenmesi gerekmektedir. Klinik performanstan kasıt sağlık işletmesinin sunmuş olduğu tanı,

tedavi ve sağlık hizmetinin uygulaması hakkında sonuç olarak hangi çıktının verildiği olarak düşünülebilir (White ve Griffith, 2010, s.141-145).

Şekil 5. Klinik Performans Kriterleri

PERFORMANS BOYUTU	ÖRNEKLER
GİRDİ ÖLÇÜLERİ	
TALEP	
Sağlık Hizmeti Sistemi	Hasta yaşı, hizmet türü veya yere göre hasta akışı, randevu isteği, konsültasyon ve sevk isteği
Pazar Payı	Toplumun sağlık hizmeti talebinin yüzdesi
Hizmetin Uygunluğu	Epidemiyolojik planlama modelinden beklenen talep yüzdesi
Hizmet Lojistiği	Çalışma saatleri
MALİYET	
Hasta Başı Toplam Maliyet	Hizmet türü için işçilik, malzeme, tesis ve dolaylı maliyetler
Kaynak Durumu	Doluluk, kapasite kullanımı, ekipman yaşı, ekipman arıza oranı
İNSAN KAYNAKLARI	
Arz	Personel düzeyi, personel eksiklikleri, boş kadro miktarı
Eğitim	Çalışan başı ortalama eğitim süresi
Çalışan Memnuniyeti	Çalışan sadakati, muhafaza veya işe son verme oranı, işe gelmeme oranı, kaza veya yaralanmadan kaynaklı işgünü kaybı
ÇIKTI ÖLÇÜTLERİ	
VERİMLİLİK	
Tedavi Edilen Hastalar	Belirli gruplara göre taburcu oranı
Vaka Başı Maliyet	Belirli gruplara göre taburcu edilen hastanın toplam maliyeti
Tedavi Başı Maliyet	Belirli aktivite (hastaya sunulan sağlık hizmeti birimi) bazlı hasta başı maliyet
KALİTE	
Klinik Çıktılar	Taburcu edilme anında hastanın sağlık durumunun değerlendirilmesi
Prosedür Kalitesi	Belirli görev veya olayların gerçekleştirilmesini değerlendirir
Yapısal Kalite	Hizmetin erişilebilirliğini ve yeterliliğini ölçer
TATMİN	
Hasta Tatmini	Taburcu edilme anı ve sonrası anketler veya şikâyetler
Sevk Eden Hekimin Tatmini	Anket veya şikâyetler
Diğer Müşteri Tatmini	Topluma yönelik anketler, sınır aşıcı faaliyetler
Erişim	Hizmette gecikme, karşılanamayan talep

Kaynak: White, K. ve J. Griffith (2010). *The Well Managed Healthcare Organization*. Chicago: Health Administration Press. s.170

Klinik performans kriterlerini, White ve Griffith (2010, s.170) girdi ölçütleri ve çıktı ölçütleri olmak üzere ikiye ayırmıştır. Yukarıdaki Şekil 5'te gösterildiği üzere girdi ölçütlerini talep, maliyet ve insan kaynakları olarak belirlerken çıktı ölçütlerini ise verimlilik, kalite ve tatmin olarak belirlemiştir.

Türk sağlık sistemde sağlık kurumlarının kurumsal performansının ölçülmesinde sağlıkta performans ve kalite yönergesi ile yürütülmektedir. Bu yönerge uyarınca aylık kurumsal performans katsayısı, dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde etken olmaktadır. Sağlıkta performans ve kalite yönergesinin beşinci bölümünün 12. maddesi "Kurumsal performans katsayısı = [(Hizmet Kalite Katsayısı x 0,35) + (Memnuniyet Katsayısı x 0,25) + (Veri İzleme Katsayısı x 0,10)] + 0,30" şeklinde düzenlenmiştir. Kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında etken olan hizmet kalite katsayısı, memnuniyet katsayısı ve veri izleme katsayısı önem arz etmektedir. Hizmet kalite katsayısı ise anılan yönergenin üçüncü bölümünün 8.maddesi "Koordinatörlük, her dönem ilde bulunan kurumları ilgili dönem sonuna kadar HKS çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0) ile (1) arasında değişen hizmet kalite katsayısını tespit eder ve Hizmet Kalite Katsayısı = (Belirlenen Bölüm ve Standartlardan Elde edilen Puan / Belirlenen Bölüm ve Standartların Toplam Puanı-Belirlenen Bölüm ve Standartların Değerlendirme Dışı Toplam Puanı)" şeklinde düzenlenmiştir. Memnuniyet katsayısı ise; anılan yönergenin üçüncü bölümünün 9.maddesi "Kurumlar, her dönem memnuniyet anketleri uygulama rehberi çerçevesinde standart anket setlerini kullanarak anketleri uygular. Uygulanan anketler sonucu (0) ile (1) arasında değişen memnuniyet katsayısı belirlenir." şeklinde düzenlenmiş olup, standart anket setleri şu anketlerden oluşmaktadır;

Şekil 6. Standart Anket Setleri



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2011). *Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi*

İlgili yönetmeliğin 10. maddesi "Veri izleme indikatörleri seti içinde yer alan her bir indikatörün belirlenen esaslar çerçevesinde katsayısının hesaplanması suretiyle veri izleme katsayısı hesaplanır ve Başkanlıkça ilan edilir." şeklinde tanımlanmıştır. Bu doğrultuda ilgili anketler ve değerlendirmeler neticesinde oluşturulan kurumsal performans katsayısı hesaplanarak dağıtılabilecek ek ödeme tutarı belirlenebilmektedir.

Bunlara ek olarak, tıbbi işlemler yönergesi ve eki belgeler bulunmaktadır. Burada hekimlerin yapmış oldukları işlemleri ve işlemlerin karşılıkları olan puanlar belirlenmiştir. Her ay yapılan işlemlerin karşılıkları olan puanlar hesaplanarak alınılabilecek ek ödeme tutarları belirlemektedir. Görüldüğü üzere ülkemizde kurumsal performans ve bireysel performans çıktıları sadece ek ödemeye yönelik düzenlenmiştir. Bunların yanında performansın değerlendirilmesine yönelik herhangi bir net, şeffaf ve açık bir şekilde tanımlanmış performans kriteri bulunmamaktadır. Sadece yapılan işlemlerin karşılığı olarak görülen ücret sistemi mevcuttur.

2.7. Çalışmada Kullanılacak Performans Değerlendirme Kriterleri

Birçok araştırmacı tarafından, verilen hizmetin geri dönüşü olmayan, ikame edilemez ve ertelenemez olan sağlık hizmetlerinde performansın değerlendirilmesi için performans kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Literatürde birçok çalışmada belirlenen performans ölçütleri/kriterleri/göstergelerinden önceki bölümlerde bahsedilmiştir. Bu

çalışmada sağlık personelinin performansının değerlendirilmesine yönelik model oluşturulmasında kullanılacak olan performans kriterleri, ana başlıklar halinde demografik kriterler, kişilik kriterleri, mesleki bilgi ve beceri kriterleri ve uygulama kriterleri olarak belirlenmiştir. Bu kriterlere bağlı olarak belirlenen alt kriterler aşağıda belirtilerek tanımlamaları yapılmıştır.

2.7.1. Demografik Kriterler

a) **Eğitim Durumu:** Sağlık çalışanın mezun olduğu okul durumuna göre ilgili makamlar tarafından tasdiklenmiş statüdür. Lise, önlisans, lisans, yüksek lisans, doktora olarak sınıflandırılmıştır.

b) **Cinsiyet:** Bireyin doğuştan gelen, biyolojik ve fiziksel olarak ayırt edilebilecek düzeyde olan özellikleridir. Kadın ve erkek olarak sınıflandırılmaktadır.

c) **Yaş:** Bireyin varoluşundan bugüne kadar gelen ve yıl birimiyle ölçülen zamandır.

d) **Deneyim:** Sağlık personelinin yılların vermiş olduğu bilgi birikimi ile alacağı kararlarda beraber çalıştığı diğer personellere oranla aldığı kararların doğruluk derecesidir.

e) **Medeni Durum**: Bireyin bekâr veya evli olması durumunu ifade eder.

2.7.2. Kişilik Kriterleri

a) **Problem Çözme**: Ortada bulunan sorunun açık bir şekilde çözüm ortadan kaldıracak herhangi bir usul bulunmadığında tespit edilen bir durumu, bir sonuç durumuna çevirmeye yönelik kognitif bir süreci ifade eder. Sağlık personelinin bilgisi dâhilinde çözüm bulunmuyorsa herhangi bir yolla bu sorunu yok edebilme yeteneğini işaret eder. Problem çözme hedefe yönelik bir davranıştır. Sorunu ortadan kaldırma adına uygulanabilecek hamlelere ait alt hedefleri kapsayarak çözüme gidilmesidir.

b) **Analitik Düşünme:** Sağlık çalışanının iç içe geçmiş problemleri en küçük yapı taşlarına ayırarak, bu yapı taşlarını anlamlandırmanın yanında herhangi bir sistemin yapısını, yapının oluşma nedenlerini veya iç içe geçmiş olan karmaşık problemlerin çözüm basamaklarını açıklamasıdır. Bu doğrultuda iki veya daha fazla olayın karşılaştırmasını yaparak, bu olayların özelliklerini değerlendirmek

ve eleştirmeyi hedef haline getirir. Bu bağlamda analitik düşünce en az sayıda çözüme yönelme ve bu yönelme doğrultusunda bütünü göz önüne alma çabası olarak atfedilmektedir. Bu kriter; bilgileri elde etme, sorunları veya vukuatları bölüm haline getirerek parçalara bölme, inceleme, analiz etme, problemleri ortadan kaldırma ve karar verme becerilerine sahip olmayı gerektirir. Analitik düşünmenin tam tersi halk dilinde üstünkörü düşünmek olabilir. Problemleri ince ince ayırdıktan sonra hatanın nerden kaynaklandığını bulup, onu ortadan kaldırabilmeyi hedefler.

c) **Kendine Güven:** Sağlık personelinin kendi değeri ile ilgili öznel değerlendirmesi ve kendine ait özelliklerinin hangi aşamada olumlu veya olumsuz olduğu hususlarındaki yorumudur. Kendine güven aynı zamanda sağlık personelinin kendisine ait düşünceleri ile bu düşüncelerin ortaya çıkardığı duyguları, bu durumların sonuçları olan duygu ve düşüncelerin göstergesi olan davranışları içerir. Bu düşünce duygulara sağlık hizmetini ifa ederken sıcakkanlılık, tedaviye ikna edebilirlik, alınan eğitimde uygulanacak işlemi pratik haline getirmeyi ve zaten yapabileceğine inanma gibi örnekler verilebilir.

d) **Yenilikçilik:** Yapılan sağlık hizmetini etkin ve verimli bir şekilde ifa edebilmek adına eskiden olan ürün, ürün üretim süreci veya hizmetin üzerinde etkili olunarak araştırma yapılması, ortaya konulması, geliştirilmesi ve uygulanabilmesi sürecini ifade eder.

e) **İkna Yeteneği:** Hastalara mantıksal, akla dayalı ve görsel ifade gibi yollarla bir fikir, tutum ya da hareketin benimsetilmesine doğru rehberlik etme sürecidir. İkna yeteneği, uygulamanın hedefine yönelik ulaşılmasında kullanılan yöntemin hedefe doğru mecbur etmek yerine hedefi ilgi çekici hale getirmektir. Bir takım yollar ile hastaya uygulanacak süreci kabul ettirebilmeye yönelik uğraş olarak da ifade edilebilir. Örnek verilecek olursa tedavi gören bir çocuğun enjeksiyon olurken korktuğu sırada sağlık personelinin otoritesini kullanarak, tatlı sözler söyleyerek, ılımlı yaklaşarak onu isteyerek enjeksiyon yaptırmasına ikna edebilmek olarak verebilir.

f) **Hakkaniyet:** Sağlık çalışanın yapacağı sağlık hizmetinin uygulaması esnasında hak ve adalete uygun, doğru ve dürüst bir şekilde yapacağına yönelik taahhüttü ifa eder.

2.7.3. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterleri

a) **Mesleki Bilgi Düzeyi:** Sağlık personelinin görev tanımları içerisinde görevini etkili ve verimli yapabilmek için gerekli bilgilere haiz olmaktır. Vazifelerini, görev alanı içine giren konuları ve yetkilerini çok iyi bilen, sağlık hizmetinin ifası sırasında kullanılacak olan tıbbi malzemeleri tanımak ve etkin kullanabilmeyi ifade eder. Ayrıca görevi ve sorumluluk alanları ile ilgili sorulabilecek her türlü soruya hazırlıklı bulunmaktır.

b) **Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi:** Mesleki bilgi düzeyi tanımlamasına ek olarak, sağlık çalışanına verilen görevi kendinde bulunan bilgi düzeyi ile uygulayabilme becerisidir. Bazı sağlık çalışanlarının teoride çok iyi bilgiye sahip olduğu ancak pratikte uygulayamadığı belirtilmektedir. Bu doğrultuda mesleki bilgi düzeyine sahip olma ile birlikte bunu pratiğe dökebilme yetisinin olması gerekmektedir. Sağlık çalışanının tetkik ve tedavi gibi süreçleri uygularken soğukkanlı, pratik ve uygulamada hâkimiyet oluşturması gerekmektedir. Kısacası mesleki bilgisini kullanabilme becerisi belirtilen faaliyetleri pratikte yapabilmesidir.

c) **Hasta ve Yakınları ile İletişim:** Sağlık personellerinin sağlık hizmetini alacak hasta ile refakatçilerine, uygulanacak iş ve işlemler ile hastanın anamnezi gibi durumlar hakkında etkin bilgi, deneyim, duygu ve düşünce alışverişini etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirebilmesidir. Bu çerçevede; sağlık personeli ile hasta ve yakınları arasında işbirliğine yönelik adımlar gerçekleştirilmelidir. Genel iletişim kurallarına ek olarak, sağlıkta mahremiyet ve aidiyet duygusunun var olması bu sürecin önemini ifade etmektedir. Bazı durumlarda hastaların anamnez vermeyi reddetmesi, sağlık personeline yabancı sıfatı ile yaklaşması veya yapılacak tetkik ve tedaviyi anlamaması gibi nedenler hasta ve yakınları ile iletişim kriterinin mecburiyetini göstermektedir.

d) **Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim:** Sağlık çalışanlarının ekip arkadaşları ile verilecek sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli gerçekleştirilebilmesi adına, entegrasyonun gerçekleştirilmesi ve karşılıklı bilgi, deneyim, duygu ve düşünce alışverişini ifade eder. Sağlık hizmeti bir ekip işidir. Yapılacak ameliyatta, klinik tedavi gibi durumlarda sağlık personellerinin her birinin görev tanımları çerçevesince iş ve işlemleri gerçekleştirmesi

gerekmektedir. Tüm görev alan personelin birbirine bağlı olması şarttır. Bu süreçte personellerin birbiri ile uyum ve ahenk içerisinde olması istenilmektedir. Tüm bu ifadeler çalışma arkadaşları ile uyumu ve iletişime işaret eder.

e) **Risk Alma ve Karar Verme:** Muhtemel davranışların, yan etkenlerle birlikte geliştirilip değerlendirilmesi sonunda personelin, etken davranış biçimi olarak seçimine karar verme denilmektedir. Risk alma ise kötü sonuçlarla karşılaşabilme olasılığı olarak ifade edilebilir. Burada sağlık personelinin vereceği hizmette her türlü sonuçla karşılaşılabilme olasılığı olması nedeniyle o noktada karar verip uygulamaya geçebilmektir. Karar verirken karar çeşitlerinden olan fırsat, problem ve kriz kararlarından uygun olanı seçerek, hasta için en uygulanabilir kararı vererek hizmetin ifa edilmesi gerekmektedir. Sağlık personeli gerektiğinde risk alabilmeli kendi vicdanını rahatlatabilmelidir. En azından denedim elimden geleni yaptım ancak hasta cevap vermedi gibi düşünceler kendi iç dünyasını yeşerterek mesleğine karşı bağlılığını sağlamlaştırabilir.

2.7.4. Uygulama Kriterleri

a) **Hasta Odaklılık:** Hastaların tercih, ihtiyaç ve değerlerini gözeterek karşılayıp, tüm klinik kararlarda hasta değerlerini kaynak olarak kullanarak sağlık hizmetini sağlayabilmektir. Hasta, hasta yakını ve sağlık personeli olan iş arkadaşlarını bir ailenin ferdi olarak görerek, onların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayan, tedavi edilen bir ortamda kendilerini evlerinde hissettiren, şeffaf, şefkatli ve insancıl hizmeti sunulabilmesidir. Son dönemlerin en önemli kavramlarından biri haline gelmiştir. Burada en önemli unsur hasta ve hasta yakınları ile sağlık personeli arasında sıkı bir işbirliğine dayalı, hastanın değer, ihtiyaç ve öncellikleri baz alınarak yapılacak sağlık hizmetini kapsar.

b) **Hasta Memnuniyeti:** Tedavinin tüm safhalarında hastanın aldığı hizmetten beklediği fayda, katlanmaktan kurtulduğu külfet, hizmetten beklediği performans ve hizmet sunumunun sosyokültürel değerlere uygunluğunun sağlanmasıdır. Hastanın aldığı sağlık hizmetinden memnun kalması, tedaviye uymasını ve kendisini tedavi eden sağlık çalışanı ile sürekli iletişimde kalmasını sağlayan önemli bir unsurdur. Hasta memnuniyeti, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekten beklentiler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek

çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramı içinde barındırır. Bu doğrultuda sunulan sağlık hizmeti sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, dinamik ve süreklilik arz etmesi gereken bir kavramdır.

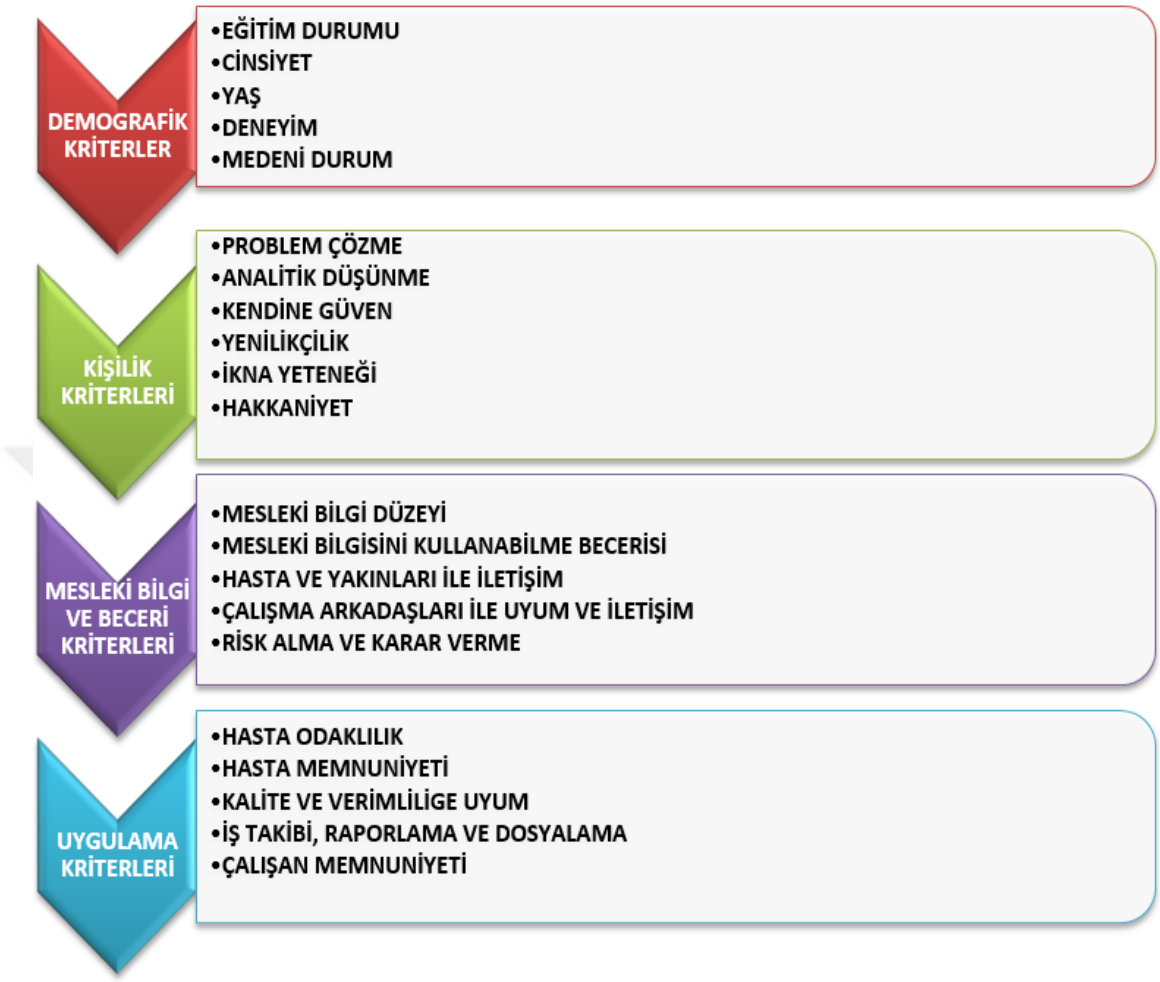
c) **Kalite ve Verimliliğe Uyum**: İlgili sağlık kuruluşunun oluşturmuş olduğu kalite standartları ve verimlilik uygulamaları çerçevesince, sağlık çalışanın bu standartlar doğrultusunda sağlık hizmetini sunması durumudur. Burada bağlı bulunan üst yönetim veya birimlerce oluşturulan sağlık hizmeti standartları neticesinde sağlık hizmetinin etkin ve verimli bir şekilde ifası için ahenk gösterilmesidir. Bu durumda belirlenen kalite ve verimlilik uygulamaları durum, süre ve hizmet vb. gibi unsurlara göre değişiklik gösterebilen çok değişkenli dinamik bir yapıdır. Sağlık personelinin burada kendini güncel tutup, kalite ve verimlilik uygulamalarına uyum göstermesi önem arz etmektedir.

d) **İş Takibi, Raporlama ve Dosyalama:** İş takibi, sağlık çalışanın yapacağı iş süreçlerini oluşturup, denetleme ve yönetme olgusunu kendi nezdinde belirleyebilmesi iken raporlama ve dosyalama ise hastalar üzerinde yapılan tüm süreçlerin kayıt altına alınmasıdır. Gerek hukuki gerek performans adına çok önemlidir. Yapılan iş ve işlemler hakkında düzgün ve doğru bir şekilde somut veriler ile raporlayarak, dosyalayabilmeyi ifade eder. Tüm çıktıların kayıt altına alınması gerekmektedir. Hasta tabelası, röntgen istek formu ve raporu, laboratuvar istek formu ve tetkik raporları ve tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı gibi bilgi ve belgelerin sağlık personeli tarafından iş süreçlerini takip ederek, düzgün ve anlaşılır bir şekilde raporlayıp dosyalayabilmesidir.

e) **Çalışan Memnuniyeti:** Sağlık personellerinin somut ve soyut ancak daha çok somut olarak kurum içerisinde onlara sağlanan imkânlar ve hizmetlerden duyduğu memnuniyetidir. Ücret, sigorta, yemek, statü açısından yükselme gibi faktörler sağlık kurumunun, çalışanına vermiş olduğu imkânlar, çalışan memnuniyetini oluşturmaktadır.

Aynı zamanda sağlık personelinin performansının değerlendirilmesine yönelik model önerisi yapılırken kullanılacak kriterler şekil haline getirilerek, aşağıda gösterilmiştir.

Şekil 7. Çalışmada Kullanacak Kriterler



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANALİTİK HİYERARŞİ PROSESİ İLE SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRME MODEL ÖNERİSİ

3.1. Analitik Hiyerarşi Prosesi Tanımı ve Tarihçesi

İlk defa 1968 yılında Myers ve Alpert ikilisi tarafından ortaya konulmuş ve 1970'li yıllarda ise Thomas Lorie Saaty tarafından bir model olarak geliştirilerek, iç içe geçmiş karar verme problemlerinin çözümünde analitik hiyerarşi süreci kullanılabilir hale getirilmiştir (Hantekin, 2014, s.45). AHP, karar yapısını sadeleştiren ve kriterlerin değerlendirilebilmesi için oldukça uygun bir matematik modeli ortaya koyan bir yapı olarak tanımlanmıştır (Saaty, 1994, s. 21). Saaty, bu tekniği Amerika Birleşik Devletleri Savunma Bakanlığında muhtemel soruların çözümüne yönelik uğraşlarda kullanmıştır. Bakanlığın Ortadoğu sorunu, silahsızlandırma, depremden dolayı zarar görmüş olan Adapazarı şehrinin yerinin değiştirilmesi noktasında en iyi yer seçiminde, Sudan Devleti'nin ulaşım sistemlerinin geliştirilmesi gibi projelerde yer alarak analitik hiyerarşi prosesi ile değerlendirmiştir (Saaty, 1990; Saaty, 2008, 96-97). Profesör, birçok matematik alanına ve yöneylem araştırmalarında literatüre katkıda bulunmuş, giderek iç içe geçmiş zor problemlerin modelleme yaklaşımları ile çözümünün, soyut bir unsur olan karar verme problemlerinde istenilen çözümün bulunulamadığını görmüştür. Bunun üzerine profesör, matematiksel olarak dört işlem kullanılan sade, kolay anlaşılan ve uygulamadaki basitliği olan bir teknik geliştirme uğraşı içine girmiştir. Bu doğrultuda literatürde Analitik Hiyerarşi Prosesi ile anılan sistemi geliştirmiştir. Bu sistem karar verilme süreçlerinde karar veren kişilerin problemlerini analiz etmeye ve bu analiz sonucunda değer yargılarını ortaya koyan başarılı bir unsur olarak bir uygulamada çalışılmıştır (Ahlatçıoğlu, 2005, s. 53). Aynı zamanda analitik hiyerarşi süreci çözümü güç olan beyinsel süreçleri organize etmek ve karar verme

mekanizmasına sahip olan kurum ve kuruluşlar ile kişiler için problemlerin mevcut çözülmesi güç bulunan durumlarında uygulanan önemli bir metottur (Yetim, 2008, s. 590).

Analitik hiyerarşi süreci, tespit edilen kriterleri belirli bir hiyerarşi düzeni içerisinde, bu kriterleri ağırlıklandıran ve değerlendiren, kriterlere göre alternatifleri karşılaştıran, sınıflayan ve sıralayan bir tekniktir (Hu ve Peng, 2008, s. 1095).

Bu çerçevede; analitik hiyerarşi sürecinin en önemli özelliklerinden birisi de karar veren kişinin hem öznel hem de nesnel olan duygu ve düşüncelerini karar verme sürecine dâhil edebilmesidir. Teknik, aynı doğrultuda oluşturulan hiyerarşinin her safhasında tespit edilen kriterlere istinaden, bir matris yardımıyla karşılıklı olarak karşılaştırılmasından ve bunun sayesinde ağırlıklarının ölçeklendirilmesinden oluşmaktadır. Bu ağırlıklandırma ise daha sonra ana vektöre çevrilerek, normalize edilmiş ağırlıklar vektörü ile son bulmaktadır. Belirtilen görece bağlantılı ağırlıklar, kaynakların nerede kullanılacağı ile ilgili önceliğin hangisine verilmesinde yardımcı olmaktadır. Bu teknik aynı zamanda öznel değer yargılarının da karmaşık problemlerin çözümüne dâhil edilmesini istemekte ve çözülmesi güç durumların sayılabilen faktörler bazına çekilmesi uğraşından, vazgeçmesini tavsiye etmektedir (Demirtaş, 2009, s. 384).

Analitik hiyerarşi prosesi birçok alanda uygulanmış ve uygulama esnasında eleştirilere maruz kalmıştır. Bu eleştireler doğrultusunda tekniğin üstün zayıf yönleri faydaları ve avantajları şeklinde düzenlemekte fayda bulunmaktadır. Tekniğin üstün yönleri ile faydaları ise;

1. İç içe geçmiş problemleri anlaşılır ve kolay bir hale getiren bir yapısı bulunmaktadır. Çok kişili karar vericisi bulanan ve çok kriterli karmaşık problemleri analitik olarak hiyerarşik yapıya çevirebilir.
2. Karar verilmesi gereken unsurların neler olduğu ve kökünde neler yattığının tespit edilmesiyle birlikte karar verici olayı daha iyi anlar.
3. Karar veren kişiler değerlendirme yaparken kendi görece değer yargılarını katması nedeniyle karar daha öznel olmaktadır. Bu durum ise istatiksel verilere dayalı çözüm arayışının aksine karar veren kişilerin duygu ve düşüncelerine odaklanmasına olanak tanır.

4. Teknikte çok fazla kriter olsa bile tüm kriterler karşılıklı karşılaştırma yapmasına olanak tanıması sebebiyle karar vericinin değer yargılarına göre daha basit bir şekilde düşüncelerini ifa edebilmektedir. Bu problemin her bir parçasına daha kolay ulaşma ve yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Aynı şekilde karar verirken ısrarla matematiksel terimler kullanılmak zorunda kalınsa bile sözel bir şekilde karar alınmasına yardımcı olur.
5. Metot da duyarlılık analizi bulunması sebebiyle en son neticesi verilen kararın esnekliğini test etmesi mümkündür.
6. Teknikte bulunan tutarlılık analizi ile verilen kararın tutarsızlığı ortaya çıkması halinde vermiş olduğu kararların tekrar üstünde durulması ve yoğunlaşılmasına imkân tanıyarak yeniden karar alınmasına olanak tanır. Aynı zamanda analitik hiyerarşi süreci tam anlamıyla çelişkisiz karardan ziyade yeterince tutarlı olmaya odaklanmaktadır.
7. Karar verici olarak sadece şahıslar değil aynı zamanda grup olarak da karar verilebilir. Grup içerisinde ayrışmaları, düşünce ayrılığı ve farklılığını dikkate almaktadır. Bu durum yeni ortak bir duygu ve düşüncenin açığa çıkmasına neden olur ve elde edilen son nihai kararın güvenilirliğini arttırır.
8. Aynı zamanda tekniğin verilerinin işlenmesine yönelik şirketler tarafından oluşturulmuş Expert Choice yazılım paketi ile karar veren kişinin uygulamayı daha pratik, kolay ve doğru bir biçimde gerçekleştirmesine imkân tanır (Kuruüzüm ve Atsan, 2001, s.93).

Analitik hiyerarşi sürecinin üstün ve faydalı yönleri bulunurken bunun aksine zayıf yönleri de literatürde mevcuttur. Tekniğin zayıf yönleri ise;

1. Çözülmesi zor ve iç içe geçmiş problemlere yeni bir alternatifler eklenilmesi esnasında alternatiflerin tercih işlemleri sırasında değişmeler meydana gelmektedir. Bu durumu örnekle açıklamak gerekirse: A, B ve C alternatifleri arasında A ve B tercih edilirken, sisteme C eklendiğinde A ile B arasındaki ilişkinin farklılaşması gözlemlenmektedir.
2. Tekniğin doğası gereği, öznel yargılar olması nedeniyle sonuçlanan nihai karar kesinlikle doğru olarak nitelendirilemez. Bu durum tekniğin bir kısıtı olarak görülmekte ve yüzde yüz garanti vermemektedir.

3. İkili karşılaştırma matrisleri esnasında sözel yargılara matematiksel ifadeler yüklenmesi, değer yargılarının matematiksel olarak sıralanmasını tam olarak karşılamadığı yönünde tartışmalar bulunmaktadır.
4. Karar vericinin sorulan karşılaştırma sorularını oldukça kolay olarak görse bile gereğinden fazla hüküm vermesi gibi durumlarda analitik hiyerarşi metodunun kullanımından kaçınılması gerektiği söylenmektedir.
5. İkili karşılaştırma ve alternatiflere karar verenin bir kişi değil de ekip olması durumunun karşılaştırma ve alternatif seçimi işlemleri zaman almaktadır (Aydın ve ark. 2009, s. 72-73).

Analitik hiyerarşi prosesi, kararları göreceli değer yargıları ile birlikte analiz eden yöntemlerden, kararın hayata en çok uyarlanıp başarılı sonuçlar veren yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydın, 2008, s. 74). Bu nedenlerden dolayı literatürde analitik hiyerarşi sürecini kullanan birçok araştırmacı ve çalışma mevcuttur. Bu teknik ekonomi ve finans, savunma sanayi, enerji, ekoloji, üretim yönetimi, ulaştırma-lojistik, sağlık ve insan kaynakları yönetimi gibi birçok alanda uygulanmıştır (Özbek, 2018, s. 18-19). Ancak konumuz gereği analitik hiyerarşi sürecinin kullanım alanlarından sağlık alanına yoğunlaşmakta fayda bulunmaktadır. Literatürde sağlık alanında anılan tekniğin örneklerinde bahsetmek gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık alanında analitik hiyerarşi prosesi metodu kullanılarak yapılan çalışmalar aşağıda Şekil 8 ile gösterilmiştir.

Şekil 8. Sağlık alanında AHP yöntemi kullanılarak yapılan çalışmalar



Analitik hiyerarşi sürecinin temeli oluşturan 4 aksiyom Saaty tarafından tanımlanmıştır. Bunlar ise;

1. Aksiyom: Bu aksiyom tutarlılık olarak adlandırılmış ve iki karşılaştırmalar matrisinde, kriterler arasında karşılaştırma yapılırken tutarlı sonuçların olması gerektiğinden bahsedilmiştir. Yani X kriterinin J kriterine göre A kez önemli buluyorsa, J kriteri de X kriterine karşı 1/A kez daha önemli olmalıdır (Saaty, 1986, s. 844).

2. Aksiyom: Bu aksiyom homojenlik olarak adlandırılmış ve karşılaştırılan kriterler arasında birbirine karşın sonsuz bir üstünlüğün asla kabul edilemeyeceğini varsaymıştır. Bu aksiyoma örnek olarak bir su damlacığının nar ile büyüklük açısından karşılaştırması yapıldığında durum aşikârdır. Bu nedenle karşılaştırma yapılırken bir ölçeğe göre karşılaştırma yapılması gerekmektedir. Aksi halde karmaşık problemin sonucu önceden belli olur ve herhangi bir teknik kullanılmaya gerek kalmaz. Teknikte kullanılan ölçek 1-9 arasında olması sebebiyle tercihler 1/9, 1/8……..8,9 arasında bir değer alacaktır (Yetim, 2004, s. 460).

3. Aksiyom: Bu aksiyom bağımsızlık olarak adlandırılmış ve hiyerarşide bulunan, belirli bir seviyedeki yargı ve değer taşıyan ögelerin, başka bir seviyede olan ögelerden bağımsız olması durumunu ifa etmektedir. Yani belirli bir seviyede bulunan yargılar ile bir alt seviyede bulunan yargılar arasında herhangi bir ilişkinin olmaması durumudur. Bu tanım yukarıdaki seviyede bulunan kriterlerin önceliklerinin yeni bir alternatif eklendiğinde veya silindiğinde önceliğin değişmeyeceği anlamına gelmektedir (Kuruüzüm ve Atsan, 2001, s.85).

4. Aksiyom: Bu aksiyom beklenti koşulu olarak adlandırılmış ve karar veren kişi veya grubun tüm sezgilerini ve beklentilerini, hiyerarşide kriter veya alternatif olarak yansıtılmasıdır. Seçilen kriterin veya alternatifin beklentiyi karşılaması istenilen bir durum olmakla birlikte mevcut karar problemini etkileyen tüm unsurların kriter veya alternatif olarak yansıtılması gerekmektedir. (Saaty, 1986, s. 844-845).

3.2. Analitik Hiyerarşi Prosesi Aşamaları

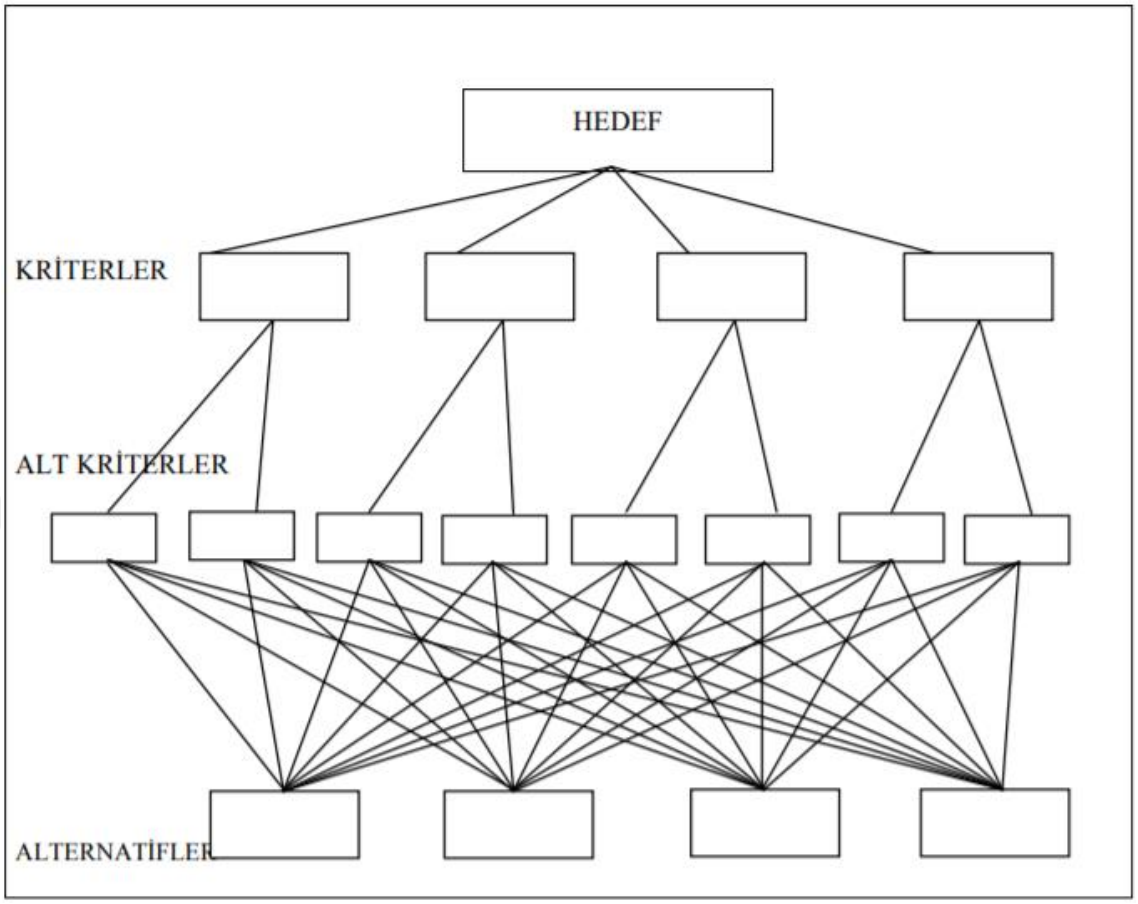
Analitik hiyerarşi süreci, ikili karşılaştırmalar matrisleri ile alanında uzman kişilerin görüşlerine dayalı olarak öncelikleri belirler, iç içe geçmiş problemlerin çözümünü kolaylaştırır ve verilecek olan kararları basit hale getirmektedir (Punniyamoorty ve ark. 2012, s. 81). AHP'nin ikili karşılaştırma matrislerinde, karşılaştırılacak iki kriter,

karşılıklı bir şekilde ve aynı zamanda her ikili alternatifler arasında belirlenen kritere göre karşılaştırma yapılırken karar vericiye veya karar verecek gruba; "hangisi daha önemli ve ne kadar önemli?" sorusu yöneltilmektedir (Özdemir ve Saaty, 2006, s. 353). AHP'nin uygulama aşamaları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Saaty, 1990, s. 13-16; Keçek ve Yüksel, 2016, s. 49-50; Akıllı, 2018, s. 29-35; Karaca, 2011, s. 39-45; Ekenci, 2013, s. 61-71; Enicük, 2019, s. 23-29):

1. Aşama: Karar Verilecek Problemin Tanımlanması; AHP tekniği ile karar verilecek problemin geniş bir şekilde tanımlanması, amaç ve hedeflerin neler olduğunun belirtilmesidir. Seçilen problemin karmaşık ve iç içe geçmiş çözümlenmesi zor bir problem olabilir. Bu problemi tanımlarken tüm varsayımlar ve bakış açıları ortaya dökülmelidir. Karar verecek kişi veya grubun tanımlanan problem doğrusunda seçimler yapacağı unutulmamalı ve analiz yapılmaya değer bir unsurun bulunması gerekmektedir.

2. Aşama: Karar Problemine İlişkin Hiyerarşinin Oluşturulması; Bu aşamada belirlenen problemin karar sürecini etkileyen kriterler ve alt kriterlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda kriterler belirlenebilmesi için karar sürecini etkileyen tüm nicel ve nitel faktörler anket yolu ile veya konunun uzmanı kişi veya kişilerin görüşlerine başvurularak belirlenmesi gerekmektedir. Bu görüşler veya anket sonuçlarına göre kriterler ve alt kriterler belirlenerek, hiyerarşik bir yapı oluşturulmalıdır. Analitik hiyerarşi sürecinin aksiyomlarına bağlı olarak tutarlı ve mantıklı bir şekilde oluşturulan hiyerarşik yapı, kriterleri önem derecelerine göre hizaya sokarak daha anlaşılır ve karmaşıklığının en aza indirilmesinde yardımcı olur. Bu hiyerarşik yapı zirvesinde, üstünde kafa yorulması ve analiz edilmesi gereken problemin amacı ve hedefi, orta kısımlarında ise kriterler ve onlara bağlı alt kriterler, tabanında ise alternatifler mevcuttur. Aşağıda gösterilen ve Şekil 9 ile anlatılan hiyerarşik modelin bir örneği gösterilmiştir.

Şekil 9. Hiyerarşi Modeli



Kaynak: Karaca, Y. (2011). Çok Kriterli Karar Verme Metotları ve Analitik Hiyerarşi Süreci ile Matematik Eğitimi Alanında Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, *Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, s. 40

3.Aşama: İkili Karşılaştırma Matrisinin Oluşturulması; Hiyerarşik yapı oluşturulduktan sonra karar verecek kişi veya grubun belirlenen kriterleri ve alt kriterleri, kendi aralarındaki önem derecelerini belirlemek üzere iki karşılaştırma matrislerinin oluşturulması gerekmektedir. Bu durumun amacı her seviyedeki unsurlar arasındaki göreceli bir şekilde önem derecelerinin belirlenmesidir. Konu hakkında uzman kişi veya kişiler her seviyede bulunan unsurları karşılıklı olarak karşılaştırır. Karşılıklı olarak yapılan karşılaştırmalar hiyerarşinin zirvesinden tabana kadar devam eder. İkili karşılaştırmalar matrisinin oluşturulmasında ve bir X kriterinin Y kriterine göre ne ölçüde önemli olduğunun belirlenmesinde, Saaty ve Vargas'ın (2001) oluşturmuş olduğu ikili karşılaştırma ölçeği kullanılabilir. Bu ölçek Tablo 3 ile aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 3. AHP İkili Karşılaştırmalar Ölçütü

Önem Değerleri	Tanımlar	Açıklamalar
1	Eşit derecede önemli	İki seçenek de eşit derecede öneme sahip olması
3	Orta derecede önemli	Tecrübe ve yargının bir seçeneği diğerine karşı orta derecede önemli kılması durumu
5	Kuvvetli derecede önemli	Tecrübe ve yargının bir seçeneği diğerine karşı kuvvetli derecede önemli olması durumu
7	Çok kuvvetli derecede önemli	Bir seçeneğin diğerine karşı çok kuvvetli derecede önemli olması durumu
9	Kesin derecede önemli	Bir seçeneğin diğerine üstün kılan kanıtların doğruluğunun çok yüksek olması durumu
2, 4, 6, 8	Ara değerler	Uzlaşma gerektiğinde kullanılmak üzere iki ardışık yargı arasındaki değerler

Kaynak: Saaty, Thomas L. ve Luis G. Vargas (2001); *Models Methods Concepts & Applications of The Analytic Hierarchy Process*, Kluwer Academic Publishers, America. s.6

Yukarıdaki Tablo 3'te 1-9'a kadar önem dereceleri bulunmakta ve karar veren kişi veya grubun her bir ikili için önem değerlerine göre sözel bir karşılaştırma yapması gerekmektedir. Bu ikili karşılaştırma işlemi, karar veren kişi veya uzman grubun değer yargıları, düşünceleri, tercihleri, önem sıraları ile belirlediği doğal bir süreçtir. Tabloda ara değer olarak tanımlanan 2-4-6-8 önem değerleri karar veren kişi veya uzman grubun önem derecelerini sıralarken 5-7 arasında kaldı ise '6' değeri verebilir. İkili karşılaştırma matrisi nxn boyutlu bir kare matrisidir. Karar verebilmek için belirlenen hiyerarşik yapının bünyesinde n adet eleman barındırıyorsa toplam n(n-1)/2 sayıda ikili karşılaştırma yapmak gerekmektedir. Örnek bir karşılaştırma matrisi aşağıda gösterilmiştir.

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \cdots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & & a_{2n} \\ \vdots & & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & a_{n2} & \cdots & a_{nn} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 1 & a_{12} & \cdots & a_{1n} \\ a_{21} & 1 & & a_{2n} \\ \vdots & & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & a_{n2} & \cdots & 1 \end{bmatrix}$$

Bu matrisin köşegen üzerindeki matris bileşenleri birbirine eşittir. Matriste i kriteri j kriteri ile karşılaştırıldığında, yani i = j olduğunda '1' değerini almaktadır. Bu durum ilgili kriterlerin kendisi arasında karşılaştırmasını ortaya koymaktadır. İkili karşılaştırma matrislerinin tüm sonuçlarının sayısal değeri '0' dan büyük olacağı için her daim pozitif değerlere sahip bir kare matrisidir. Matrisin tutarlı olabilmesi için aşağıda belirtilen eşitliği sağlaması şarttır.

$$\sum_{i=1}^{n}\sum_{j=1}^{n}\sum_{k=1}^{n} a_{ij} \cdot a_{jk} = a_{ik} \qquad (i, j, k = 1,\ldots,n)$$

Bu matriste verilen kararı en büyük özdeğerine karşılık gelen özvektör matrisi öncelikler vektör olarak ifade edilmektir.

4. Aşama: Kriter Karşılaştırmalarındaki Ağırlık ve Tutarlılık için Özvektörün Hesaplanması; Kriterlerin içerisindeki ağırlıklarını yani yüzde önem dağılımlarını belirleyebilmek için karşılaştırma matrisini oluşturan sütun vektörlerden faydalanılır, n adet ve n bileşenli b sütun vektörü ortaya konulur. Önem dağılımlarını yüzde şeklinde veren bu b sütun vektörü normalizasyon yöntemi ile hesaplanır. Bu normalizasyon yöntemi ise her sütun unsurları o sütunun toplamına bölünerek sayı elde edilir, elde edilen sayıların satır toplamı alınır ve daha sonra toplam unsur sayısı bölünmesi ile yapılır. Bu biçimde her bir kriter için öncelik vektörü belirlenir. Bu işlem için aşağıdaki formüller kullanılır;

$$b_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sum_{i=1}^{n} a_{ij}} \qquad B_i = \begin{bmatrix} b_{11} \\ b_{21} \\ \cdot \\ \cdot \\ \cdot \\ b_{n1} \end{bmatrix}$$

B_i sütun vektörünün toplamı 1 olması gerekmektedir. Sisteme dahil edilen her bir kriter sayısı kadar da vektör elde edilir. Tüm bu b vektörler bir araya getirildiğinde C matrisi oluşturulacaktır. Bu C matrisi ise aşağıda gösterilmiştir.

$$C = \begin{bmatrix} c_{11} & c_{12} & \cdots & c_{1n} \\ c_{21} & c_{22} & \cdots & c_{2n} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ c_{n1} & c_{n2} & \cdots & c_{nn} \end{bmatrix}$$

Kriterlerin birbirine karşı önem değerlerini yüzde şeklinde belirleyebilmek için yukarıda belirtilen C matrisi kullanılarak yine yukarıda belirtilen formüller kullanılır. C matrisini bir araya getiren satır unsurlarının aritmetik ortalaması alınır ve öncelik vektörü olan W sütun vektörü elde edilir.

$$w_i = \frac{\sum_{j=1}^{n} b_{ij}}{n} \qquad W = \begin{bmatrix} w_1 \\ w_2 \\ w_n \end{bmatrix}$$

AHP'nin kendi içinde tutarlılık aksiyomu bulunsa da sonuçların doğruluğu ve güvenirliliği, karar veren kişi veya grubun kriterler arasındaki yapmış olduğu seçiminin tutarlılığına bağlıdır. AHP'nin en önemli özelliği A kriterinin B kriterine oranla daha önemli diyerek soyut olarak ölçülmesi değil aynı zamanda bunu 2 kat önemli veya 3 kat önemli şeklide sayısal verilerle de ifade edebilmektir. Bu ve buna benzer iş ve işlemler yapıldıktan sonra tutarlılık oranlarının hesaplanması gerekmektedir. Bu tutarlılık oranı ile bulunan öncelik vektörünün ve kriterler arasındaki seçimin tutarlılığının değerlendirmesinin sağlaması yapılmaktadır. Tutarlılık oranı AHP'de temel değer adı verilen (λ) bir katsayısı ile kriter sayılarının kıyaslanmasına dayanmaktadır. Temel değerin hesaplanması için daha önce elde edilen W öncelik vektörü ile A karşılaştırma matrisinin çarpımı sonucu olan D sütun vektörü elde edilmesi gerekmektedir. Bu D sütun vektörü aşağıda gösterilmiştir;

$$D = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2n} \\ . & & & . \\ . & & & . \\ . & & & . \\ a_{n1} & a_{n2} & \dots & a_{nn} \end{bmatrix} x \begin{bmatrix} w_1 \\ w_2 \\ . \\ . \\ . \\ w_n \end{bmatrix}$$

W öncelik vektörü ile D sütun vektörünün karşılıklı unsurlarının bölümünden her bir yorum faktörüne ilişkin temel değer (E) elde edilir. Bu temel değerin aritmetik ortalaması karşılaştırmanın (λ) temel değerini verir. Bunları elde edecek formüller aşağıda gösterilmiştir;

$$E_i = \frac{d_i}{w_i} \quad (i = 1,2,\dots,n) \qquad \lambda = \frac{\sum_{i=1}^{n} E_i}{n}$$

(λ) temel değeri hesaplandıktan sonra, tutarlılık oranı (CR) için tutarlılık göstergesi (CI) hesaplanması gerekmektedir. Bu tutarlılık göstergesi aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır;

$$CI = \frac{\lambda - \mathrm{n}}{n - 1}$$

Daha sonra standart düzeltme değeri olan rassal gösterge (RI) değerinin tutarlılık gösterge (CI) değerine bölünerek, tutarlılık oranı (CR) elde edilir. Tutarlılık oranına (CR) ait formül ve rassallık değerleri (RI) aşağıda gösterilmiştir;

$$CR = \frac{CI}{RI}$$

n	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
RI	0	0	0,58	0,90	1,12	1,24	1,41	1,45	1,49	1,51	1,48	1,56

Hesaplanan tutarlılık oranının (CR) 0,10 değerinden küçük olması beklenen bir durumdur. Bu durum karar veren kişi veya grubun değer yargılarına göre yapmış olduğu karşılaştırmalarının tutarlı olduğunu, aksi bir durumda ise yapılan karşılaştırmanın

tutarsız olduğunun bir göstergesi olmaktadır. Karşılaştırmanın tutarsız olduğu durumda, karar veren kişi veya grup tarafından değerlendirmelerin tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir.

5. Aşama: Kararın Kontrolü ve Nihai Karar; Bu aşamaya kadar yapılmış olan AHP uygulamalarının doğruluğu, uygunluğu ve beklentilerle ahenk içinde olup olmadığı ile ilgili kontrol sağlanması gerekmektedir. Yapılan kontrol sayesinde var ise kusurların tespit edilmesi şarttır. Bu doğrultuda bu aşamaya kadar yapılmış olan sürecin tekrar gözden geçirilip model ve beklentiler arasındaki boşluğun kapatılması lazımdır. Eğer yapılan iş ve işlemler tutarlı bir sonuç verdi ise her bir alternatifin öncelik değeri ile alt kriterlerin ağırlık değerleri çarpılır ve toplanarak birleştirme işleminin yapılması gerekir.

3.3. Sağlık Personeli İçin Performans Değerlendirme Model Önerisi

3.3.1. Problemin Tanımlanması

Çalışmanın yöntemi olan AHP'nin doğası gereği, değerlendirmeyi yapmak üzere sağlık alanında uzman 10 kişi belirlenmiştir. Bu karar verici kişiler halen aktif görevde olan ve çoğu yöneticilerden oluşan alanında uzman kişilerden seçilmiştir. Görüşme işlemleri öncesi Kayseri Üniversitesi Etik Kurul'dan gerekli izinler alınmış ve ilgili personele de görüşme öncesi değerlendirme bilgilerinin tamamen gizli tutulacağı hatırlatılmıştır. Bu doğrultuda oluşturmuş olduğumuz anketin belirlenen karar vericilere uygulanması sonucu elde edilen verilerin geometrik ortalaması alınarak, ortak görüş ortaya konulmuştur. Daha sonra AHP'nin aşamaları uygulanmıştır. AHP metodunun aşamalarının uygulanması noktasında problemin tanımlanması gerekmektedir;

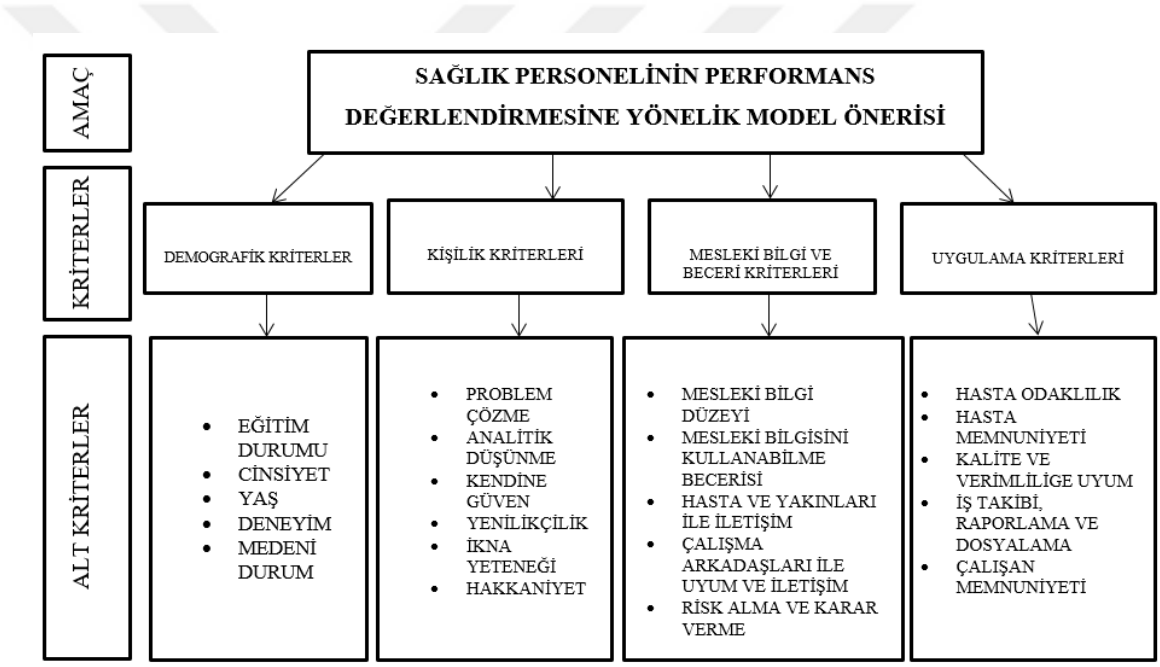
Türkiye'de sağlık personelinin performans değerlendirmesine yönelik tek bir sistem göze çarpmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme olarak adlandırılan sistemde odak ücretlendirmedir. Personellerin terfi, kademe, liyakat gibi performanslarında rol oynayan diğer bileşenler bu ödeme sisteminde değerlendirme kriterleri içerisinde yer almamaktadır. Sağlık sektöründe sürekli iyileştirme, kalite ve performans ölçümü için adil ve güvenilir kriterlere veya standartlara sahip bir performans değerlendirme sisteminin olmaması, kamu sağlık hizmetlerinde terfi sisteminin şeffaf, adil ve somut çıktılara dayanan herhangi bir unsurun bulunmaması, ücret sisteminin ise 2003 yılında yayımlanan sağlıkta dönüşüm programına dayanan performansa dayalı ek ödeme sisteminin görece adil olması ile ilgili tereddütlerin olması ve bu durumlara ek olarak

sağlık personellerinin daha etkin ve verimli performans sergilemesinin gerekliliği çalışmamızın problemini ortaya koymaktadır.

3.3.2. Kriterlerin Hiyerarşik Yapısının Oluşturulması

Daha sonra karar vericilerin sonuçlarının AHP tekniği ile değerlendirilmesinden önce sağlık personelinin performansının değerlendirilmesine yönelik model önerisi çerçevesinde, yukarıda belirlenmiş uzman kişilerce oluşturulan ana kriter ve alt kriterleri gösteren ve aynı zamanda modelin kuş bakışı görüşünü ortaya koyan hiyerarşik model aşağıda gösterilmiştir;

Şekil 10. Çalışmanın Hiyerarşik Yapısı



Çalışmanın hiyerarşik yapısı gösterildikten sonra alanında uzman karar vericilere uygulatılan anketin sonuçlarından elde edilen veriler ile önce ana kriterler daha sonra bu ana kriterlere bağlı alt kriterlerin kendi arasında ikili karşılaştırma matrisleri gösterilmesi gerekmektedir.

3.3.3. Ana Kriterler ve Alt Kriterler Arasında İkili Karşılaştırma Matrisleri

Microsoft excel programı kullanılarak, anket sonucu elde edilen verilerin geometrik ortalaması alınmış ve ortak görüş ortaya koyulmuştur. Bu ortak görüşler, önce ana kriterler daha sonra ise alt kriterlerin ikili karşılaştırmaları tablo şeklinde gösterilecektir. Ana kriterlerin ikili karşılaştırma matrislerini gösteren Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Ana Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi

Ana Kriterler	Demografik	Kişilik	Mesleki Bilgi ve Beceri	Uygulama
Demografik	1	3	5	4
Kişilik	1/3	1	2	1
Mesleki Bilgi ve Beceri	1/5	1/2	1	1
Uygulama	1/4	1	1	1
Toplam	1,783	5,500	9,000	7,000

Ana kriterlerin ikili karşılaştırma matrisinde demografik kriterlerin mesleki bilgi ve beceri kriterlerinden kuvvetli derecede önemli olduğu, Kişilik kriterlerinden ise orta derecede önemli olduğu anlaşılmaktadır. Ana kriterlere ait ikili karşılaştırma matrisleri incelendikten sonra sırasıyla alt kriterlerin ikili karşılaştırma matrisleri oluşturularak, incelenmesi gerekmektedir.

Demografik kriterlere bağlı alt kriterlerin ikili karşılaştırma matrisleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Demografik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi

Alt Kriterler	Eğitim Durumu	Cinsiyet	Yaş	Deneyim	Medeni Durum
Eğitim Durumu	1	1/5	1	2	1/4
Cinsiyet	5	1	2	7	1/2
Yaş	1	1/2	1	6	1/3
Deneyim	1/2	1/7	1/6	1	1/7
Medeni Durum	4	2	3	7	1
Toplam	11,500	3,843	7,167	23,000	2,226

Tablo 5'ten de anlaşılacağı üzere demografik kriterlere bağlı alt kriterlerden cinsiyet kriterinin eğitim durumu kriterden kuvvetli derecede önemli olduğu, medeni durum kriterinin ise deneyim kriterden çok kuvvetli derecede önemli olduğu görülmektedir. Bununla birlikte cinsiyet kriterinin, deneyim kriterinden çok kuvvetli derecede önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Kişilik kriterine bağlı alt kriterlerin ikili karşılaştırma matrisleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Kişilik Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi

Alt Kriterler	PÇ	AD	KG	YE	İY	HA
Problem Çözme	1	2	1	1	1/2	5
Analitik Düşünme	1/2	1	1/3	1/3	1/3	3
Kendine Güven	1	3	1	2	1	4
Yenilikçilik	1	3	1/2	1	1	6
İkna Yeteneği	2	3	1	1	1	4
Hakkaniyet	1/5	1/3	1/4	1/6	1/4	1
Toplam	5,700	12,333	4,083	5,500	4,083	23,000

Tablo 6'dan anlaşılacağı üzere kişilik kriterine bağlı alt kriterlerin ikili karşılaştırmalarından ikna yeteneği kriterinin analitik düşünme kriterinden orta derecede önemli olduğu, kendine güven kriterinden ise eşit derecede önemli olduğu görülmektedir.

Mesleki bilgi ve beceri kriterine bağlı alt kriterlerin ikili karşılaştırma matrisleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi

Alt Kriterler	MBD	MBKC	HYİ	ÇAUİ	RAKV
Mesleki Bilgi Düzeyi	1	4	4	2	3
Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi	1/4	1	1/3	1/2	1
Hasta ve Yakınları İle İletişim	1/4	3	1	1	2
Çalışma Arkadaşları İle Uyum ve İletişim	1/2	2	1	1	1
Risk Alma ve Karar Verme	1/3	1	1/2	1	1
Toplam	2,333	11,000	6,833	5,500	8,000

Tablo 7'den anlaşılacağı üzere mesleki bilgi ve beceri kriterine bağlı alt kriterlerin ikili karşılaştırmalarından hasta ve yakınları ile iletişim kriterinin, çalışma arkadaşları ile uyum ve iletişim kriterinden eşit derecede önemli olduğu anlaşılmaktadır. Aynı zamanda mesleki bilgi düzeyi kriterinin hasta ve yakınları ile iletişim kriterinden kuvvetli derece ile orta derece arasında ara değer aldığı görülmektedir.

Uygulama kriterine bağlı alt kriterlerin ikili karşılaştırma matrisleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Uygulama Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin İkili Karşılaştırma Matrisi

Alt Kriterler	HO	HM	KVU	İTRD	ÇM
Hasta Odaklılık	1	1/2	1/2	2	1
Hasta Memnuniyeti	2	1	1	1	1
Kalite ve Verimliliğe Uyum	2	1	1	1/2	1
İş Takibi Raporlama ve Dosyalama	1/2	1	2	1	2
Çalışan Memnuniyeti	1	1	1	1/2	1
Toplam	6,500	4,500	5,500	5,000	6,000

Tablo 8'den anlaşılacağı üzere uygulama kriterine bağlı alt kriterlerin ikili karşılaştırmalarından iş takibi raporlama ve dosyalama kriterinin, kalite ve verimliliğe uyum kriterden orta ile eşit derece arasında ara değer taşıdığı, aynı şekilde hasta memnuniyeti kriterinin hasta odaklılık kriter arasında ilişkide bu yönlü olduğu görülmektedir. AHP'nin çözümü noktasında daha sonraki süreç ikili karşılaştırmaların normalize edilmiş matrislere dönüştürülerek, öncelik vektörlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

3.3.4. Normalize Edilmiş Matrisler ve Öncelik Vektörlerinin Belirlenmesi

Ana kriterlerin ve alt kriterlerin ikili karşılaştırma matrisleri oluşturulup incelendikten sonra normalize edilmiş matrislere dönüştürülmesi gerekmektedir. Normalize edilmiş matrise dönüştürebilmek için her sütundaki sayısal değerler toplanır. Bu toplama işlemi bir önceki alt bölümde verilen ikili karşılaştırma matrislerinin alt satırında gösterilmiştir. Her sütunda bulanan sayısal değerler, alt satırda belirtilen toplam değere bölünerek normalize edilir. Ana kriterlerin normalize edilmiş hali Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Ana Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi

Ana Kriterler	Demografik	Kişilik	Mesleki Bilgi ve Beceri	Uygulama
Demografik	0,561	0,545	0,556	0,571
Kişilik	0,187	0,182	0,222	0,143
Mesleki Bilgi ve Beceri	0,112	0,091	0,111	0,143
Uygulama	0,140	0,182	0,111	0,143

Bu durumu daha geniş bir şekilde açıklamak gerekirse birinci sütunun nasıl normalize edildiği adım adım aşağıda gösterilmiştir.

İlk Adım: 1+1/3+1/5+1/4=1,783

İkinci Adım: (1/1,783=0,561) ((1/3)/1,783=0,187), ((1/5)/1,783=0,112), ((1/4)/1,783=0,140)

Bu işlem diğer sütunlara da uygulanır. Tablo 4'te ki veriler kullanılarak sırasıyla uygulanan bu iki adım sayesinde Tablo 9'da gösterilen ana kriterlerin normalize edilmiş matrislere dönüştürülür.

Tablo 5'te belirtilen veriler kullanılarak elde edilen Demografik kriterlere bağlı alt kriterlerin normalize edilmiş hali Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Demografik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi

Alt Kriterler	Eğitim Durumu	Cinsiyet	Yaş	Deneyim	Medeni Durum
Eğitim Durumu	0,087	0,052	0,140	0,087	0,112
Cinsiyet	0,435	0,260	0,279	0,304	0,225
Yaş	0,087	0,130	0,140	0,261	0,150
Deneyim	0,043	0,037	0,023	0,043	0,064
Medeni Durum	0,348	0,520	0,419	0,304	0,449

Tablo 6'da belirtilen veriler kullanılarak elde edilen Kişilik kriterlerine bağlı alt kriterlerin normalize edilmiş hali Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Kişilik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi

Alt Kriterler	PÇ	AD	KG	YE	İY	HA
Problem Çözme	0,175	0,162	0,245	0,182	0,122	0,217
Analitik Düşünme	0,088	0,081	0,082	0,061	0,082	0,130
Kendine Güven	0,175	0,243	0,245	0,364	0,245	0,174
Yenilikçilik	0,175	0,243	0,122	0,182	0,245	0,261
İkna Yeteneği	0,351	0,243	0,245	0,182	0,245	0,174
Hakkaniyet	0,035	0,027	0,061	0,030	0,061	0,043

Tablo 7'de belirtilen veriler kullanılarak elde edilen mesleki bilgi ve beceri kriterlerine bağlı alt kriterlerin normalize edilmiş hali Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi

Alt Kriterler	MBD	MBKC	HYİİ	ÇAİUİ	RAKV
Mesleki Bilgi Düzeyi	0,429	0,364	0,585	0,364	0,375
Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi	0,107	0,091	0,049	0,091	0,125
Hasta ve Yakınları İle İletişim	0,107	0,273	0,146	0,182	0,250
Çalışma Arkadaşları İle Uyum ve İletişim	0,214	0,182	0,146	0,182	0,125
Risk Alma ve Karar Verme	0,143	0,091	0,073	0,182	0,125

Tablo 8'de belirtilen veriler kullanılarak elde edilen uygulama kriterlerine bağlı alt kriterlerin normalize edilmiş hali Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Uygulama Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Normalize Edilmiş Matrisi

Alt Kriterler	HO	HM	KVU	İTRD	ÇM
Hasta Odaklılık	0,154	0,111	0,091	0,400	0,167
Hasta Memnuniyeti	0,308	0,222	0,182	0,200	0,167
Kalite ve Verimliliğe Uyum	0,308	0,222	0,182	0,100	0,167
İş Takibi Raporlama ve Dosyalama	0,077	0,222	0,364	0,200	0,333
Çalışan Memnuniyeti	0,154	0,222	0,182	0,100	0,167

Daha sonraki aşamada, öncelik vektörlerinin hesaplanması gerekmektedir. Öncelik vektörlerinin ise normalize edilmiş matrislerin satırlarında belirtilen sayısal değerlerin ortalaması alınarak bulunur. Bu durumu daha geniş bir şekilde açmak gerekirse Tablo 9'da belirtilen ilk satırdaki veriler ile yapılan işlem aşağıda gösterilmiştir.

(0,561 + 0,545 + 0,556 + 0,571)/4= 0,558

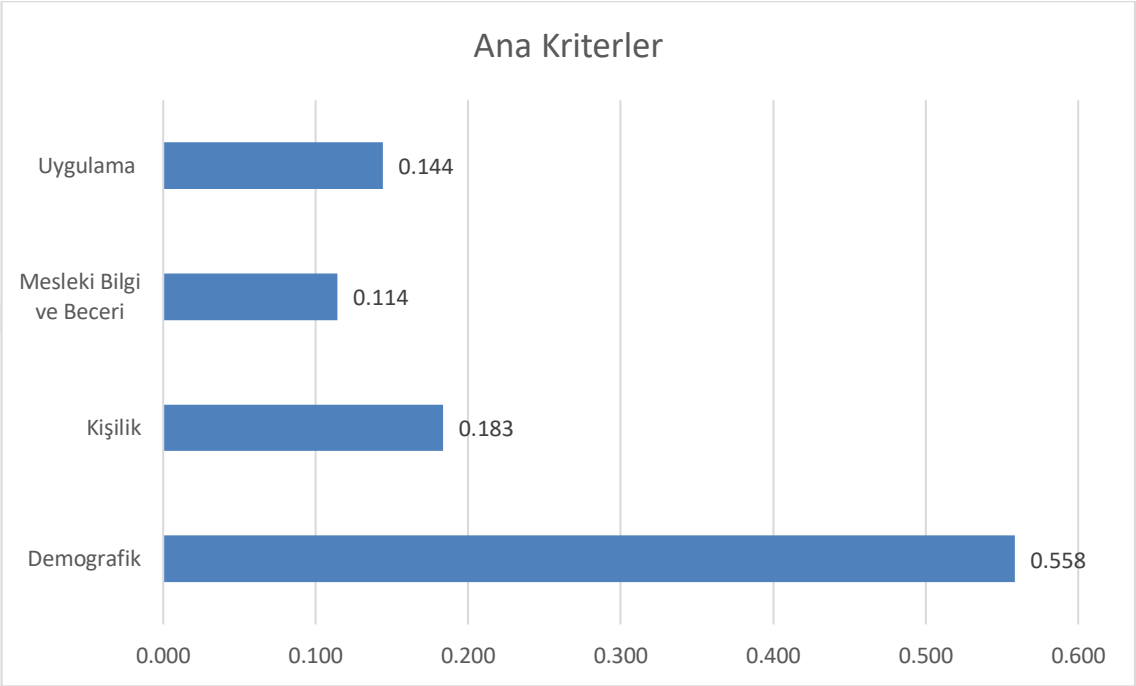
Diğer tüm satırda bulunan sayısal değerlerde, yukarıda belirtilen hesaplama şekli ile hesaplanır. Ana kriterler başta olmak üzere alt kriterlerinde öncelik vektörleri Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Tüm Kriterlerin Öncelik Vektörleri

KRİTERLER	**ÖNCELİK VEKTÖRLERİ**
Demografik (Ana Kriter)	**0,558**
Kişisel (Ana Kriter)	**0,183**
Mesleki Bilgi ve Beceri (Ana Kriter)	**0,114**
Uygulama (Ana Kriter)	**0,144**
Eğitim Durumu	**0,096**
Cinsiyet	**0,301**
Yaş	**0,153**
Deneyim	**0,042**
Medeni Durum	**0,408**
Problem Çözme	**0,184**
Analitik Düşünme	**0,087**
Kendine Güven	**0,241**
Yenilikçilik	**0,205**
İkna Yeteneği	**0,240**
Hakkaniyet	**0,043**
Mesleki Bilgi Düzeyi	**0,423**
Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi	**0,093**
Hasta ve Yakınları İle İletişim	**0,192**
Çalışma Arkadaşları İle Uyum ve İletişim	**0,170**
Risk Alma ve Karar Verme	**0,123**
Hasta Odaklılık	**0,185**
Hasta Memnuniyeti	**0,216**
Kalite ve Verimliliğe Uyum	**0,196**
İş Takibi Raporlama ve Dosyalama	**0,239**
Çalışan Memnuniyeti	**0,165**

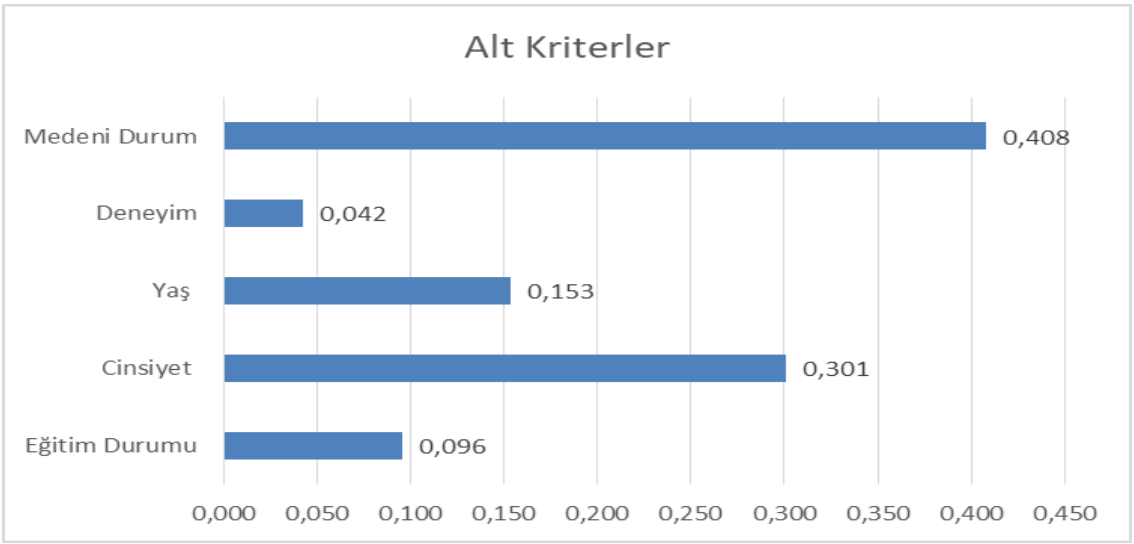
Bu doğrultuda öncelik vektörlerinin anlamı, hangi kriterin daha önemli olduğunun ortaya koyulmasıdır. Bu öncelik vektörlerinin önem derecelerinin daha iyi anlaşılması için şekiller oluşturularak aşağıda sunulmuştur.

Şekil 11. Ana Kriterlerin Ağırlıkları



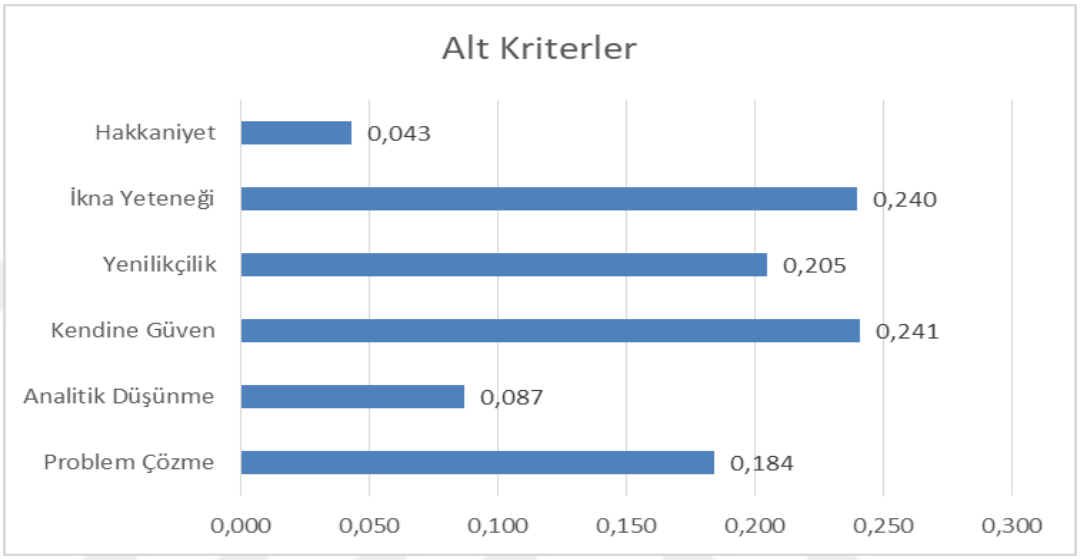
Şekil 11' de Ana kriterler içerisinde öncelik vektörlerinin ağırlığından anlaşılacağı üzere en önemli kriterin demografik kriterler olduğu, bu durumu ise sırasıyla kişilik kriterleri, uygulama kriterleri ve mesleki bilgi ve beceri kriteri olduğu görülmektedir.

Şekil 12. Demografik Kriterlere Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları



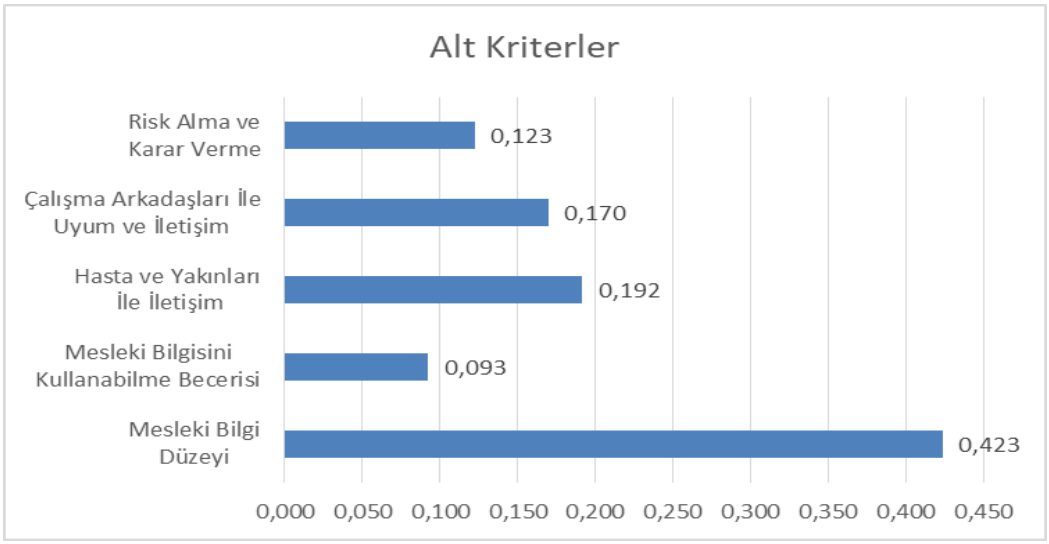
Demografik kriterlere bağlı alt kriterlerin önem derecelerine bakıldığında en önemli kriterin medeni durum kriteri olduğu, bunları ise cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve deneyim kriterinin takip ettiği Şekil 12. Demografik kriterlere bağlı alt kriterlerin ağırlıklarından anlaşılmaktadır.

Şekil 13. Kişilik Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları



Şekil 13'te ise Kişilik kriterine bağlı alt kriterlerden en göze çarpan kriterin kendine güven kriteri olduğu, bunu ise yakın önem derecesi ile ikna yeteneği kriterinin takip ettiği, daha sonra yenilikçilik, problem çözme, analitik düşünme ve hakkaniyet kriterinin önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

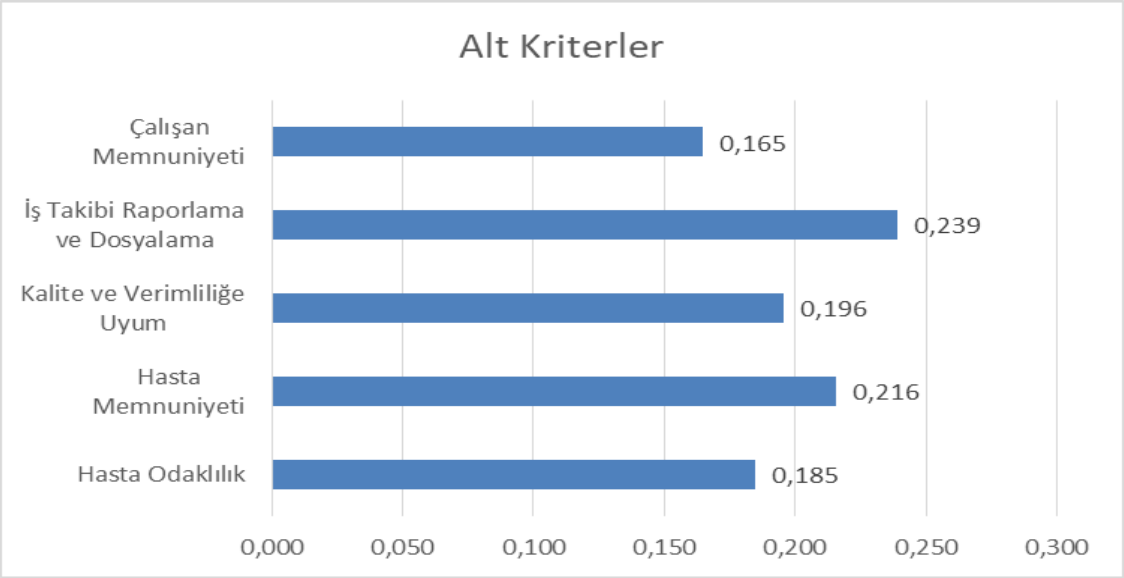
Şekil 14. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları



Şekil 14'e bakıldığında mesleki bilgi ve beceri kriterine bağlı alt kriterlerden yüksek bir fark ile mesleki bilgi düzeyi kriterinin en önemli kriter olduğu, bu kriteri sırasıyla hasta

ve yakınları ile iletişim, çalışma arkadaşları ile uyum ve iletişim, risk alma ve karar verme, mesleki bilgisi kullanabilme becerisi kriterinin takip ettiği söylenebilir.

Şekil 15. Uygulama Kriterine Bağlı Alt Kriterlerin Ağırlıkları



Uygulama kriterlerine bağlı alt kriterlerin Şekil 15'te belirtilen öncelik vektörlerinin ağırlık derecelerinden en önemli kriterin iş takibi raporlama ve dosyalama kriterinin olduğu, diğer kriterlerin ise önem derecelerini hasta memnuniyeti kriteri, kalite ve verimliliğe uyum kriteri, hasta odaklılık ve çalışan memnuniyeti kriterinin takip ettiği görülmektedir.

3.3.5. Tüm Öncelikler Matrisi ve Tutarlılık Oranlarının Hesaplanması

Daha sonraki süreçte, önceki bölümlerde verilmiş olan ana kriterler ve bunlara bağlı alt kriterlere ait ikili karşılaştırma matrisleri ile hesaplanan öncelik vektörlerinin çarpılması sonucu tüm öncelikler matrislerinin hesaplanması gerekmektedir. Bu durum daha sonra tutarlılık oranlarının hesaplanmasına yardımcı olacaktır. AHP metodunu ortaya atan Saaty'nin amacı, yapılan ikili karşılaştırmaların cevaplanmasında verilen değerlerin tutarlı olup olmadığının ortaya koyulmasıdır. Bu durumda öncelikle ana kriterler, daha sonra bu kriterlere bağlı alt kriterlerin tüm öncelikler matrislerinin ortaya koyulması gerekmektedir. Tüm öncelikler matrislerini ortaya çıkarılması noktasında Excel programı kullanılarak, nasıl yapıldığı aşağıda belirtilmiştir.

		1			1/3			1/5			1/4		2,256
0,558	*	3	+	0,183	*	1	+	0,114	*	1/2	+	0,144	*	1	=	0,742
		5			2			1			1		0,462
		4			1			1			1		0,581

Yukarıda ana kriterlere ait ikili karşılaştırma matrisinin öncelik vektörleri ile çarpılması sonucu tüm öncelikler matrisi gösterilmiştir. Bu durum diğer tüm alt kriterlere uygulanması gerekmektedir. Aşağıda belirtilen Tablo 15 ile alt kriterlerin tüm öncelikler matrisleri gösterilmiştir.

Tablo 15. Alt Kriterlerin Tüm Öncelikler Matrisleri

ALT KRİTERLER	**TÜM ÖNCELİKLER MATRİSİ**
Eğitim Durumu	**0,496**
Cinsiyet	**1,586**
Yaş	**0,789**
Deneyim	**0,217**
Medeni Durum	**2,148**
Problem Çözme	**1,139**
Analitik Düşünme	**0,537**
Kendine Güven	**1,508**
Yenilikçilik	**1,269**
İkna Yeteneği	**1,488**
Hakkaniyet	**0,263**
Mesleki Bilgi Düzeyi	**2,268**
Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi	**0,470**
Hasta ve Yakınları İle İletişim	**0,990**
Çalışma Arkadaşları İle Uyum ve İletişim	**0,881**
Risk Alma ve Karar Verme	**0,622**
Hasta Odaklılık	**1,034**
Hasta Memnuniyeti	**1,185**
Kalite ve Verimliliğe Uyum	**1,065**
İş Takibi Raporlama ve Dosyalama	**1,268**
Çalışan Memnuniyeti	**0,880**

Tüm öncelikler matrisinin oluşturulması noktasında basit temel matris matematiği ile Microsoft Excel programı üzerinden nasıl hesaplandığı gösterilmiştir. Tüm öncelikler matrisinin hesaplanması aynı zamanda Microsoft Excel programında bulunan "DÇARP" formülü kullanılarak da yapılabilir. Bu formül dizi veya aralık olarak

belirlenen iki matrisin matris çarpımını hesaplar. Çalışmamızda manuel ve dçarp formülü kullanılarak hesaplama yapılmış ve doğruluğu teyit edilmiştir.

Bir sonraki aşamada ise AHP tekniğinin gereği olan en büyük öz değer yani λmax ifadesinin hesaplanması gerekmektedir. Bu değeri hesaplarken tüm öncelikler matrisinde bulunan değerin öncelik vektörlerine bölünmesinden sonra çıkan sonuçların ortalaması alınarak bulunur. Daha açık bir şekilde ifade edilmesi gerekirse, nasıl hesaplandığı aşağıda gösterilmiştir.

2,256 0,742 0,462 0,581	/	0,558 0,183 0,114 0,144	=	4,041 4,045 4,040 4,037	Ort.	4,041

Yukarıda, çalışmamızda kullanılan ana kriterlere ait değerlerin en büyük öz değeri hesaplanmıştır. Aynı işlem diğer alt kriterlere de uygulanır. Uygulama sonrası tüm kriterlere ait λmax değeri bulunur. Bu doğrultuda tüm kriterlere ait en büyük öz değer aşağıda belirtilen Tablo 16 ile gösterilmiştir.

Tablo 16. Tüm Kriterlerin Λmax Değerleri

KRİTERLER	**λmax Değeri**
Ana Kriterler	4,041
Alt Kriter (Demografik)	5,199
Alt Kriter (Kişilik)	6,187
Alt Kriter (Mesleki bilgi ve beceri)	5,172
Alt Kriter (Uygulama)	5,435

Bu aşamadan sonra tutarlık indeksi (CI), diğer adı ile uyum indeksinin ortaya çıkarılması gerekmektedir. Bu değerin hesaplanmasının nedeni, tutarlılık oranının tespitinde ana unsurlardan birisi olmasıdır. Bu doğrultuda ana kriterlere ait verilerden tutarlılık indeksinin nasıl hesaplandığı aşağıda gösterilmiştir.

λmax Değeri(4,041)	-	Kriter Sayısı(4)	/	Kriter Sayısı-1(4-1)	=	0,014

Yukarıda belirtilen hesaplama formülü tüm kriterlere uygulanması gerekmektedir. Tüm kriterlerin tutarlık indeksi aşağıda belirtilen Tablo 17 ile gösterilmiştir.

Tablo 17. Tüm Kriterlerin Tutarlılık İndeksleri

KRİTERLER	**Tutarlılık İndeksi(CI)**
Ana Kriterler	0,014
Alt Kriter (Demografik)	0,050
Alt Kriter (Kişilik)	0,037
Alt Kriter (Mesleki bilgi ve beceri)	0,043
Alt Kriter (Uygulama)	0,109

Son aşama olarak, AHP metodunun çözümü durumunda tutarlılık oranlarının hesaplanması gerekmektedir. Hesaplanan oranların 0,10'dan büyük ise tutarsızlığın olduğunu ve yeniden ikili karşılaştırma yaptırılması gerekmektedir. Tutarlılık oranı ise tutarlılık indeksinin rassalık indeksine bölünmesi sonucu bulunur. Daha önceki 3.2 analitik hiyerarşi prosesi aşamaları bölümünde belirtildiği gibi rassallık indeksi AHP tekniğini ortaya atan Saaty tarafından kriter sayılarına göre belirlenmiştir. Bu doğrultuda tüm kriterlerin tutarlılık oranları aşağıda belirtilen Tablo 18 ile sunulmuştur.

Tablo 18. Tüm Kriterlerin Tutarlılık Oranları

KRİTERLER	**Tutarlılık Oranı(CR)**
Ana Kriterler	0,015
Alt Kriter (Demografik)	0,044
Alt Kriter (Kişilik)	0,030
Alt Kriter (Mesleki bilgi ve beceri)	0,038
Alt Kriter (Uygulama)	0,097

Tutarlılık oranları incelendiğinde, tüm kriterlere ait oranların 0,10'dan küçük olması nedeniyle çalışma tutarlıdır. Yani çıkan sonuçlar uyum oranlarının sınırları içerisinde bulunmaktadır. Bu durum ise çalışmamızdaki karar vericilerin görece ikili karşılaştırma yapmaları sırasında tutarlı değer atadıkları anlamına gelmektedir.

Son aşamada yapılacak işlem ise ağırlıklandırılan kriterlerin global(genel) ağırlıklarının hesaplanması gerekmektedir. Bu işlem ise ana kriterlerde elde edilen ağırlıkların, bu kriterlerin alt boyutu olan alt kriterler ile çarpılması durumunda elde edilen sonuç, genel ağırlıklarını gösterir. Tüm kriterlere ait genel ağırlıkların tespit edilmesi gerekmektedir. Demografik kriterlere ait lokal ve genel ağırlıklar aşağıdaki Tablo 19 ile gösterilmiştir.

Tablo 19. Demografik Kriterlerinin Genel Ağırlıkları

Ana Kriter	Alt Kriter	Lokal Ağırlıklar	Genel Ağırlıklar
Demografik 0,558	Eğitim Durumu	**0,096**	**0,0533**
	Cinsiyet	**0,301**	**0,1678**
	Yaş	**0,153**	**0,0857**
	Deneyim	**0,042**	**0,0236**
	Medeni Durum	**0,408**	**0,2278**

Demografik kriterlere bağlı alt kriterlerin genel ağırlık oranlarına bakılarak, önem derecelerine göre sıralama yapılırsa ilk sırayı medeni durum kriteri alır. Bu sırayı cinsiyet kriteri, yaş kriteri, eğitim durumu takip eder. Son sırada ise deneyim kriteri bulunmaktadır.

Tablo 20. Kişilik Kriterlerinin Genel Ağırlıkları

Ana Kriter	Alt Kriter	Lokal Ağırlıklar	Genel Ağırlıklar
Kişilik 0,183	Problem Çözme	**0,184**	**0,0338**
	Analitik Düşünme	**0,087**	**0,0160**
	Kendine Güven	**0,241**	**0,0442**
	Yenilikçilik	**0,205**	**0,0376**
	İkna Yeteneği	**0,240**	**0,0440**
	Hakkaniyet	**0,043**	**0,0079**

Kişilik kriterine ait alt kriterlerin genel ağırlık değerlerine odaklanıldığında, en önemli derece kriter, kendine güven kriteri olduğu bu kriteri önem sırasına göre takip eden kriterler ise ikna yeteneği, yenilikçilik, problem çözme, analitik düşünme olduğu anlaşılmaktadır. Son sırayı ise hakkaniyet kriterinin olduğu etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 21. Mesleki Bilgi ve Beceri Kriterlerinin Genel Ağırlıkları

Ana Kriter	Alt Kriter	Lokal Ağırlıklar	Genel Ağırlıklar
Mesleki Bilgi ve Beceri 0,114	Mesleki Bilgi Düzeyi	**0,423**	**0,0484**
	Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi	**0,093**	**0,0106**
	Hasta ve Yakınları İle İletişim	**0,192**	**0,0219**
	Çalışma Arkadaşları İle Uyum ve İletişim	**0,170**	**0,0194**
	Risk Alma ve Karar Verme	**0,123**	**0,0140**

Mesleki bilgi ve beceri kriterlerine ait alt kriterlerin genel ağırlıklarından bu kriterler içerisinde en önemli kriterin mesleki bilgi düzeyi kriteri olduğu, bunları ise sırasıyla hasta ve yakınları ile iletişim, çalışma arkadaşları ile uyum ve iletişim, risk alma ve

karar verme takip etmektedir. Son sırayı ise mesleki bilgisini kullanabilme becerisi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 22. Uygulama Kriterlerinin Genel Ağırlıkları

Ana Kriter	Alt Kriter	Lokal Ağırlıklar	Genel Ağırlıklar
Uygulama 0,144	Hasta Odaklılık	**0,185**	**0,0266**
	Hasta Memnuniyeti	**0,216**	**0,0311**
	Kalite ve Verimliliğe Uyum	**0,196**	**0,0282**
	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama	**0,239**	**0,0344**
	Çalışan Memnuniyeti	**0,165**	**0,0237**

Uygulama kriterlerine bağlı alt kriterlerin genel ağırlıklarına odaklanıldığında, önem derecelerine göre sırama yapılırsa, iş takibi raporlama ve dosyalama kriteri, hasta memnuniyeti, kalite ve verimliliğe uyum, hasta odaklılık ve çalışan memnuniyeti olduğu ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızda alanında uzman karar vericiler tarafından belirlenen kriterlerin lokal ağırlıklar ile desteklenen, genel ağırlıklara göre önem dereceleri gösterilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Her sektörde önemli hale gelen performans, hizmet ağırlıklı olan sağlık hizmetlerinde de oldukça önemlidir. Sağlık hizmetleri sağlığın korunması, iyileştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesi, gereksiz sakatlık ve erken ölümlerin azaltılması ve tüm insanların eşit sağlık hizmeti alabilmesi açısından dünyanın her yerinde hayati bir öneme sahiptir. Sağlık personelleri de bu ertelenemez, ikame edilemez ve telafisi olmayan sağlık hizmetlerini veren bireyler olarak sağlık hizmetlerinin en önemli parçasıdır. Bu nedenle sağlık personellerinde performansın değerlendirilmesi hem personellerin kendi sağlığı ve işe olan bağlılıkları aynı zamanda sağlık hizmetini alacak hastaların sağlığına yönelik verilecek hizmet açısından oldukça önemlidir.

Literatüre ve uygulamalara bakıldığında, sağlık kurumlarında kalite, verimlilik, iyileştirme ve performansın ne derecede olduğunun ortaya çıkarılması için standart bir performans ölçüm yönteminden söz edilememektedir. Türkiye'de sağlık personelinin performans değerlendirmesine yönelik tek bir sistem göze çarpmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme olarak adlandırılan sistemde odak ücretlendirmedir. Personellerin terfi, kademe ilerlemesi, liyakat gibi performanslarında rol oynayan diğer bileşenler bu ödeme sisteminde değerlendirme unsurları içerisinde yer almamaktadır. Sağlık sektöründe sürekli iyileştirme, kalite ve performans ölçümü için adil ve güvenilir bir kriterlere veya standartlara sahip bir performans değerlendirme sisteminin olmaması, kamu sağlık hizmetlerinde terfi sisteminin şeffaf, adil ve somut çıktılara dayanan herhangi bir unsurun bulunmaması, ücret sisteminin ise 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na dayanan performansa dayalı ek ödeme sistemin görece adil olması ile ilgili tereddütlerin olması çalışmamızın önemini ortaya koymaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmada; sağlık personelinin performans değerlendirmesine yönelik bir model önerisi yapılması amaçlanmıştır.

Yapılan araştırmalar neticesinde, ücretlendirme unsuru haricinde herhangi bir performans değerlendirme sisteminin bulunmadığı ve sağlık personeline yönelik performans değerlendirme noktasında AHP metodunu kullanan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu durum çalışmanın özgünlüğünü ortaya koymaktadır.

Çalışmanın yöntem safhasında Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) tercih edilmiştir. Bunun en önemli nedenlerinden birisi ise karar veren kişi veya kişilerin, hem öznel hem de nesnel olan duygu ve düşüncelerini karar verme sürecine dâhil edebilmesidir. Bu doğrultuda AHP'nin doğası gereği, model önerisi yapılabilmesi için performans değerlendirme kriterlerinin ortaya koyulması ve ikili karşılaştırmaları yapmak üzere sağlık alanında uzman 10 sağlık personeli belirlenmiştir. Bu karar verici sağlık personelleri halen aktif görevde olan ve çoğu yöneticilerden oluşan alanında uzman kişilerden seçilmiştir.

Performans değerlendirme modeli oluşturabilmesi için alanında uzman sağlık personelleri ile temel kriterler ve alt kriterler belirlenmiş, daha sonra karar hiyerarşisi oluşturulmuştur. Söz konusu hiyerarşide 4 temel kriter ve bunlara bağlı 21 alt kriter bulunmaktadır. Ayrıca 4 temel kriter ve bunlara bağlı 21 alt kriter için 51 adet ikili karşılaştırma yaptırılmıştır. Bu ikili karşılaştırmalar için oluşturulan anket formu ile alanında uzman karar verici 10 kişi belirlenmesi nedeniyle 51*10= 510 defa ikili karşılaştırma yapılmıştır. Oluşturulan anket formunun belirlenen karar vericilere uygulanması sonucu elde edilen verilerin geometrik ortalaması alınarak, ortak görüş ortaya konulmuştur. Daha sonra AHP'nin aşamaları uygulanmıştır. Uygulanan AHP aşamalarının sonuçları aşağıda ki gibidir;

Ana kriterler arasında %55,83 oran ile en önemli kriterin demografik kriterler olduğu bunları ise sırasıyla %18,35 oran ile kişilik kriterleri, %14,40 oran ile uygulama kriterleri ve %11,43 oran ile mesleki bilgi ve beceri kriterinin olduğu tespit edilmiştir.

Demografik kriterlere bağlı alt kriterlerde ise %40,81 oran ile en önemli kriter medeni durum kriteri olmuştur. Daha sonra %30,06 oranı ile cinsiyet kriteri, %15,34 ile yaş kriteri, %9,56 oran ile eğitim durumu, % 4,23 ile deneyim kriteri olduğu belirlenmiştir.

Kişilik kriterlerine bağlı alt kriterlerden en göze çarpan kriter %24,10 oran ile kendine güven kriteri olarak ortaya çıkartılmıştır. Bu kriteri yakın bir oran olan %23,99 ile ikna yeteneği kriteri takip etmiştir. Yenilikçilik kriteri %20,48 oranı yakalarken, %18,40

oran ile problem çözme kriteri, %8,72 oran ile analitik düşünme kriteri, %4,31 ile hakkaniyet kriterinin olduğu anlaşılmıştır.

Mesleki bilgi ve beceri kriterine bağlı alt kriterlerden en önemli kriter, %42,32 oran ile mesleki bilgi düzeyi kriteri olduğu tespit edilmiştir. Bu kriteri sırası ile %19,16 oran ile hasta ve yakınları ile iletişim kriteri, %16,99 oranı ile çalışma arkadaşları ile uyum ve iletişim kriteri, %12,28 oran ile risk alma ve karar verme kriteri son sırayı ise %9,25 oran ile mesleki bilgisini kullanabilme becerisi olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Uygulama kriterlerine bağlı alt kriterlerden en önemli kriter %23,92 oran ile iş takibi raporlama ve dosyalama kriteri olmuştur. Daha sonra önem derecelerine göre %21,57 oran ile hasta memnuniyeti kriteri, %19,57 oran ile kalite ve verimliliğe uyum kriteri, %18,45 oran ile hasta odaklılık kriteri, son sırayı ise %16,49 oran ile çalışan memnuniyeti kriteri olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada ağırlıklandırılan ve önem dereceleri hesaplanan kriterlerin tutarlılık oranları tespit edilmiştir. Bu doğrultuda tutarlılık sonuçları incelendiğinde, ana kriterlerin tutarlılık oranı 0,015 olarak tespit edilmiştir. Demografik kriterlere bağlı alt kriterlerin oranı ise 0,044, kişilik kriterlerine bağlı alt kriterlerin oranı 0,030, mesleki bilgi ve beceri kriterine bağlı alt kriterlerin oranı 0,038 ve uygulama kriterlerine bağlı alt kriterlerin tutarlılık oranı ise 0,097 olarak hesaplanmıştır. Tüm kriterlere ait oranların 0,10'dan küçük olması nedeniyle çalışma tutarlıdır. Çıkan sonuçlar tutarlılık oranlarının sınırları içerisinde bulunmakta olup, bu durum çalışmadaki karar vericilerin görece ikili karşılaştırma yapmaları sırasında tutarlı değer atadıkları anlamına gelmektedir.

Yapılan çalışmada, sağlık personellerinin performansının değerlendirmesine yönelik değerlendirme yapılırken en çok önem verdiği iki hususun demografik ve kişilik kriterleri olduğu görülmektedir. Demografik kriterler içerisinde medeni durum kriterinin, kişilik kriteri içerisinde ise kendine güven kriteri olduğu AHP analizi ortaya çıkartılmıştır. Dolayısı ile ön plana çıkan bu kriterlerin, sağlık personelinin performansının değerlendirilmesi sürecinde, değerlendirilen personeller arasında bu kriterleri yüksek olan çalışanların performans açısından ön plana çıkarabileceği söylenebilir.

Bu çalışmayı ortaya çıkarmamızın asıl maksadı performans değerlendirme konusunda literatürü inceleyerek uygulamaları görmek ve bunların ışığında sağlık personellerine yönelik mevcut değerlendirme sisteminin aksayan yönlerini ortaya koymak ile birlikte

sağlık personelleri için yeni bir model önerisi getirmektir. Aynı zamanda sağlık personellerine yönelik olmayan performans değerlendirme sistemi boşluğunu doldurmaktır.

Çalışmada AHP tekniği ile model önerisi yapılabilmesi için performans değerlendirme kriterlerinin ortaya koyulması ve ikili karşılaştırmaları yapmak üzere sağlık alanında uzman 10 sağlık personeli belirlenmiştir. Daha fazla alanında uzman sağlık personeli ile çalışmanın yürütülmesi, daha güvenilir bir sonuç almak açısından faydalı olabilir. Araştırma için 1. basamak aile sağlığı merkezi, 2. basamak devlet hastaneleri, 3. basamak tıp fakültesi veya şehir hastaneleri gibi her sağlık kurum veya kuruluşunun farklı statüde olması, farklı sayılarda sağlık personeline sahip olması, bütçelerinin, maliyetlerinin ve hizmet vermiş olduğu nüfusun değişiklik göstermesi gibi unsurlar, AHP analizini statüye ve belirlenen unsurlara göre uygulanması farklı sonuçlar doğurabileceğinden statüye göre ayrı ayrı yapılması önerilebilir.

Aynı zamanda sağlık alanında çalışan hekim, sağlık lisansiyeri, sağlık teknikeri, sağlık teknisyeni unvanları bulunmaktadır. Bu unvanlardan hekim unvanın içerisinde pratisyen hekim, uzman hekim, öğretim görevlisi gibi branşlar bulunurken, sağlık lisansiyeri unvanında hemşire, ebe, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, sağlık yöneticisi, psikolog, biyolog gibi branşlar bulunmaktadır. Aynı şekilde sağlık teknikeri unvanında paramedik, laborant, anestezi teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, tıbbi sekreter, röntgen teknikeri gibi branşlar bulunurken, sağlık teknisyeni unvanında ise acil tıp teknisyeni, tıbbi laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni gibi branşlar bulunmaktadır. Bahsedilen her unvan ve branşın ayrı ayrı görev tanımları ve yetkinlikleri bulunmaktadır. Bu kapsamda her unvan ve branşa göre görev tanımları ve yetkinlikleri çerçevesince, ayrı ayrı kriterler belirlenmeli o branşlarda alanında uzman sağlık personelleri ile AHP tekniğinin uygulanması literatüre daha fazla katkı sağlayabileceği öngörülmektedir.

Oluşturulan hiyerarşik model ve kullanılan kriterler gelişen teknoloji, örgüt kültürünün değişime uğraması, zamanın getirmiş olduğu yenilikler ile değişime ve gelişime uğradığından, farklı yetkinlikler ön plana çıkabilmektedir. Bu nedenle konu ile ilgili akademisyenler ve sahada olan sağlık personelleri ile yapılan çalışmayı geliştirerek, güncel kriterler ile çalışmayı tekrarlamaları çalışma alanı açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışma Kayseri ilinde faaliyet gösteren alanında uzman 10 sağlık personeli ile yapılmıştır. Belirlenen karar vericilerin, sağlık personellerinin yetkinlerini algılamalarını ortaya çıkardığından dolayı, çalışmadan elde edilen sonuçların tüm karar verici sağlık personellerini temsil etmesi beklenilmemelidir. Ancak sağlık personelinde olması gereken yetkinliklerin daha detaylı incelenmesi ve çalışmanın alanı açısından ilk olması daha sonraki araştırmacılara yol gösterici bir özelliği bulunmaktadır. Bu kapsamda gelecek araştırmalarda da bu performans değerlendirme yönteminin uygulamalı olarak sonuçlarının verilmesinin literatüre önemli kazanımlar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

KAYNAKÇA

Ağır, H., & Tıraş, H. H. (2018). Türkiye'de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670.

Ahlatçıoğlu, B. (2005). "Bulanık karar verme ve tesis yeri seçimine bir uygulama", Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Akal, Z. (2002). *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi*. Ankara: MPM yayınları, No:473.

Akata, G. O. (2003). *Strategic Performance Management: Your Key To Business Success*. Spectrum Law Publishing.

Akıllı, K. (2018). "Çok Kriterli Karar Verme Teknikleri İle Bursiyer Seçimi Üzerine Bir Uygulama". *Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Aktan, C. C. (2009). Performans Yönetimi: Organizasyonlarda Performans Değerlendirme ve Ölçme. *Organizasyon ve yönetim bilimleri dergisi*, 1(1), 25-33.

Aktan, C. C., Özkıvrak, Ö. (1999). Devlet mi, Piyasa mı? Kamu ve Özel Sektör Arasında Performans Karşılaştırmaları. Ankara: *TOSYÖV Ekonomik, Sosyal ve Siyasal Araştırmalar Serisi No: 2*.

Altan, Y. (2005). Türk Kamu Personel Yönetiminde Performans Değerlemesi Sistemi ve Çağdaş Bir Model Önerisi. Yayınlanmamış doktora tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Armstrong, M. (2000). *Armstrong's Handbook Of Performance Management: An Evidence-Based Guide To Delivering High Performance*. Kogan Page Publishers.

Armstrong, M., Baron, A. (2005). *Managing Performance: Performance Management in Action*. London: Chartered Institute of Personnel and Development.

Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S., *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.

Aydın, G. (2008). "Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) ve Bir Sanayi İşletmesinde Uygulanması". Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*

Aydın, Ö., Öznehir, S. ve Akçalı, E. (2009). "Ankara İçin Optimal Hastane Yeri Seçiminin Analitik Hiyerarşi Süreci ile Modellenmesi". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2): 69-86.

Aydın, S., Demir, M. (2006). Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Ankara: *Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı*.

Bacaksız, F. E., Tuna, R., & Seren, A. K. H. (2018). Sağlık Çalışanlarında Performans ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 52-58.

Bach, S. (2000). *Managing Human Resources: A Comprehensive Guide To Theory And Practice*, Oxford: Blackwell.

Badri A., Nadeau S. and Gbodossou A. (2012) Proposal of a Risk-Factor-Based Analytical Approach for Integrating Occupational Health And Safety Into Project Risk Evaluation. Accident Analysis & Prevention 48:223-234.

Barutçugil, İ., (2002) *Performans Yönetimi, Kariyer* Yayınları, İstanbul.

Barutçugil, İ., (2015) *Performans Yönetimi*, Kariyer Yayınları, İstanbul.

Bayyurt, N. (2007). İşletmelerde Performans Değerlendirmenin Önemi ve Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkiler. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (53), 577-592.

Budak, G. (2008). *Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi*. İzmir: Fakülteler Kitabevi Barış Yayınları

Canol, S., ve Vardarlıer, P. (2017). Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlarında Uygulanmakta Olan Performans Değerlendirme Sistemlerine Duydukları Memnuniyet ve Bir Örnek Uygulama, *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, sayı:52, 760-785

Combs, J. G., Crook, T. R., & Shook, C. L. (2005). *The Dimensionality Of Organizational Performance And İts İmplications For Strategic Management Research*. Research Methodology İn Strategy And Management, 2(5), 259-286.

Coşkun, Ali. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Performans Esaslı Yönetim*, Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi, Ed. Ali Coşkun, Ahmet Akın, Seçkin Yayıncılık, 47-63, Ankara.

Çakır, Ö., & Sakaoğlu, H. H. (2014). Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(1), 1-21.

Çakıroğlu, O. Ç., & Seren, A. K. H. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 37-43.

Çavdar, E. (2009). Yüksek Öğretimde Hizmet Kalitesi Unsurları ve Bir Uygulama, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2 (2), 100-115.

Çelik, T. ve Esmeray, A., 2014, Kayseri'deki Özel Hastanelerde Maliyet Etkinliğinin Veri Zarflama Metoduyla Ölçülmesi, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt:6, Sayı:2, s. 45-54.

Çınaroğlu, S. ve Şahin, B. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Performans Ölçümünün Gelişimi ve Çok Boyutlu Ölçüm Yaklaşımları. *Verimlilik Dergisi*, 3, 83-101.

Delpo, A. (2007). *The Performans Appraisal Handbook Legal & Practical Rules For Managers*. 2nd ed. USA: Nolo

Demirtaş, Ö. (2009). Askeri Fabrikalarda Çalışan Mühendis Subaylara Yönelik Yeni Bir Performans Değerlendirme Modeli Önerisi. *Erciyes Üniversitesi iktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (34), 381-396.

Dessler, G. (2000). *Human Resource Management*. 8th Edition. New Jersey: PrenticeHall inc

Diamantidis, A. D., & Chatzoglou, P. (2019). Factors Affecting Employee Performance: An Empirical Approach. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 6(1), 171-193.

Dolan J., Boohaker E., Allison J. and Imperiale T. (2013) Patients' Preferences and Priorities Regarding Colorectal Cancer Screening. *Medical Decision Making* 33(1): 59-70.

Dost, A. (2016). Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Performans Değerlemenin Önemi. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 228-238.

DSÖ (2019). *Global Spending on Health: A World in Transition. Geneva*: World Health Organization

Eddy, D.M., (1998), *Performance Measurement: Problems and Solutions*, Health Affairs, 17(4), pp. 7-25.

Ekenci, M. T. (2013) " Analitik Hiyerarşi Süreci ile Sosyal Hizmete İhtiyaç Duyan Hanelerin Tespiti: Ankara-Mamak Örneği". *Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*

Elena-Iuliana, I., & Maria, C. (2016). Organızatıonal Performance-A Concept That Self-Seeks To Fınd Itself. *Annals Of Constantin Brancusi University of Targu-Jiu. Economy Series*, (4), 179-183.

Enicük, K. G. (2019) "Personel Performans Değerlendirme Probleminin Çözümünde Analitik Hiyerarşi Süreci ve Bir Uygulaması", Yüksek Lisans Tezi, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*

Ergin, C. (2002). *İnsan Kaynakları Yönetimi Psikolojik Bir Yaklaşım*, Ankara: Academyplus Yayınevi

Esatoğlu, E. (2007). *Hastanelerde Performans Ölçümü*. (Der. Hamza Ateş, Harun Kırılmaz, Sabahattin Aydın) Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Asil Yayın, Ankara.358-409.

Figueira J., Almeida-Dias J., Matias S., Roy B., Carvalho M. and Plancha C. (2011) Electre Tri-C, a Multiple Criteria Decision Aiding Sorting Model Applied to Assisted Reproduction. *International Journal of Medical Informatics* 80(4): 262-273.

Fottler, M.D. (1987). Health Care Organizational Performance: *Present And Future Research. Journal of Management*, 13(2), 367- 391.

Germirli, N. (2002). *Performans Sisteminin Performansı*, İstanbul: Kal Der Yayınları.

Grote, R. C. (2002). *The Performance Appraisal Question And Answer Book: A Survival Guide For Manager*s. New York: American Management Association.

Harrington L., Pigman H. (2010), *Quality Measurement* (Editor: Prathibha Varkey. In: Medical Quality Management Theory And Practice), Jones and Bartlett Publishers, London. pp.29-42.

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

Hentekin E. (2014) TR33 Bölgesi Devlet Hastanelerinin Performanslarının Bulanık AHP Yöntemi İle Ölçümü Yüksek Lisans Tezi, *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*

Herrmann, P., Datta, D.K., (2006). CEO Experiences: Effects on The Choice of FDI Entry Mode, *Journal of Management Studies*, 43 (4), 755-778

Hough, D. (2008). *Can Pay For Performance Really Pay For Performance: The Business Of Healthcare Volume* 1. (Eds: Cohn, K. H. ve D. E. Hough): Westport: Prager Publishers.

Hu, J.,Peng, J. (2008). Application of Supplier Selection Based on the AHP Theory. *Knowledge Acquisitionand Modeling Workshop* (International Symposium), 1095-1097.

Ivlev I., Kneppo P. and Bartak M. (2014) Multicriteria Decision Analysis: A Multifaceted Approach to Medical Equipment Management. *Technological and Economic Development of Economy* 20(3): 576-589.

Karaca, Y. (2011). Çok Kriterli Karar Verme Metotları ve Analitik Hiyerarşi Süreci ile Matematik Eğitimi Alanında Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, *Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*

Karadeniz Z. (2019), Sağlık Sektöründe Performans Değerlendirmesi: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nde Yapılan Araştırma, *Yüksek Lisans Tezi Beykent Üniversitesi*

Karagiannidis A., Papageorgiou A., Perkoulidis G., Sanida G. and Samaras P. (2010) A Multi-Criteria Assessment of Scenarios on Thermal Processing of Infectious Hospital Wastes: A Case Study for Central Macedonia. Waste Management 30(2): 251-262.

Karakaş, B., & Ak, R. (2003). *Kamu Yönetiminde Performans Yönetimi Önemli midir*? Kamu Yönetiminde Kalite, 3, 337-351.

Karaman, M., Karatepe, H. K., & Kuşcu, F. N. (2019) Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme ve Ölçme Yöntemleri Hakkında Bir Derleme Çalışması, Yönetim, Ekonomi, *Edebiyat, İslami ve Politik Bilimler Dergisi*,4(1): 153- 171.

Karaman, R. (2009). İşletmelerde Performans Ölçümünün Önemi Ve Modern Bir Performans Ölçme Aracı Olarak Balanced Scorecard. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 8(16), 410-427.

Kecek, G., & Yüksel, R. (2016). Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) ve Promethee Teknikleriyle Akıllı Telefon Seçimi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 49, 46-63.

Kelly, D. L. (2007), *Applying Quality Management in HealthCare: A Systems Approach*, 2.ed, AUPHA HAP, Chicago, pp. 19-38.

Kolaylı, G., & Lorcu, F. (2017). Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Hekimlerin Motivasyon Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 340-353.

Kruk, E. M., P. L. Freedman (2008), "Assessin Health System Performance in Developing Countries: A Review of The Literature", *Journal of Health Policy*, 85: 263-276.

Kuo R., Wu Y., Hsu T. and Chen L. (2011) Improving Outpatient Services for Elderly Patients in Taiwan: *A Qualitative Study. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2): 209-217.

Kuruüzüm, A., & Atsan, N. (2001). Analitik Hiyerarşi Yöntemi Ve İşletmecilik Alanindaki Uygulamalari. *Akdeniz University Faculty of Economics & Administrative Sciences Faculty Journal*, 1(1), 83-105.

Li. L. X., Benton W. C. (1996), 'Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions', *European Journal of Operational Research*, 93 (1996), s. 449-468

Li-Fen F. and Heng-Hsin T. (2010) Comparison of Nurse Practitioner Job Core Competency Expectations of Nurse Managers, Nurse Practitioners, and Physicians in Taiwan. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22(8): 409-416.

Loeb, J. M. (2004). The Current State Of Performance Measurement İn Health Care. *International Journal for Quality in Health Care*,16(1), 5-9.

Mannion, R.and Davies, H. (2008). Payment For Performance in Health Care, *British Medical Journal*, 336, 307- 308.

McDonnell, A., & Gunnigle, P. (2008). *Performance Management*. Available at SSRN 1267160.

McIntyre, D., Rogers, L., Heier, E. J. (2001). Overview, History, And Objectives Of Performance Measurement. *Health Care Financing Review,*22 (3), 7-21.

Mondy, W. R. (2010). *Performance Management: Human Resource Management*, 12th Edition, New Jersey: Prentice Hall.

Muda, I., Rafiki, A., & Harahap, M. R. (2014). Factors İnfluencing Employees' Performance: A Study On The Islamic Banks İn Indonesia. *International Journal Of Business And Social Science*, 5(2), 73-80.

Mukherjee, U. (2017). Examının g The Dımensıons Of Organızatıon Performance Management And Its Indıcators In Educatıon Instıtutıons. MIJBR, 4(1), 44-55.

Murphy, K. R., Cleveland, J. N. (1991). *Performance Appraisal*: An Organizational Perspective, 2nd Edition, : Massachusetts: Allyn And Bacon

Osmani, F., & Maliqi, G. (2012). *Performance Management*, İts Assessment And İmportance. Procedia-Social And Behavioral Sciences, 41, 434-441.

Önder E., Önder G., Kuvat Ö. and Taş N. (2014). Identifying The Importance Level Of Factors Influencing The Selection Of Nursing As A Career Choice Using AHP: Survey To Compare The Precedence Of Private Vocational High School Nursing Students And Their Parents. Procedia-Social and Behavioral Sciences 122: 398-404.

Özbek, D. (2018) Çok Kriterli Karar Verme Yöntemi Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) İle Etkin Personel Seçimine Yönelik Web Tabanlı Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Özdemir, S., M. & Saaty, L. T. (2006).The Unknown in Decision Making: What to Do About It. *European Journal of Operational Research*,174(1), 349-359.

Özsever, Ç., Gençoğlu, T. ve Erginel, N. (2009). İşgücü Verimlilik Takibi İçin Sistem Tasarımı ve Karar Destek Modelinin Geliştirilmesi, *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 18, 45-58.

Özsoy N. (2012). 360 Derece Performans Öz Değerlendirme Sisteminin Çalışan Verimliliği İle İlişkisi: Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Palmer, M., Winters, K. (1993). *İnsan Kaynakları* (Çev. D. Şahin). İstanbul: Rota Yayınları.

Papanicolas, I., C. P. Smith, E. Mossıalos (2008), *Principles of Performance Measurement*, Euro Observer-The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, 10 (1): 1-4.

Pecchia L., Martin J., Morgan S., Ragozzino A., Vanzanella C., Scognamiglio A. and Mirarchi L. (2013) User Needs Elicitation Via Analytic Hierarchy Process (AHP). A Case Study on a Computed Tomography (CT) Scanner. BMC Medical Informatics and Decision Making 13(1): 1-11.

Pulakos, E. D. (2004). Performance Management: A Roadmap For Developing, Implementing And Evaluation Performance Management Systems, Ed. SHRM Foundation, Virginia, USA: Society for HR.

Punniyamoorty, M.,Ponnusamy, M. & Lakshmi G. (2012). A Combined Application of StructuralEquation Modeling (SEM) and Analytic Hierarchy Process (AHP) in Supplier Selection. *Benchmarking: An International Journal*, 19(1), 70- 92.

Rue, L. W., Byars, L. L. (2005). *Management: Skills & Application*, 11th Edition, USA: McGraw Hill.

Saaty, T.L. (1986) Axiomatic Foundation of the Analytic Hierarchy Process. Management Science, Vol.32, No.7 ss. 841-855.

Saaty, T.L. (1990), How To Make A Decision: The Analytic Hierarchy Process, *European- Journal of Operational Research*, 48, 9-26.

Saaty, T.L. (1990). *Multicriteria Decision Making: The Analytic Hierarchy Process*. 2nd Ed. Pittsburgh: RWS Publications.

Saaty, T.L. (1994) How to Make a Decision, The Analytic Hierarchy Process, Interfaces, Vol. 24, pp. 19–43,

Saaty, T.L. (2008) *Decision Making With The Analytic Hierarchy Process*, Int. J. Services Sciences, Vol. 1, No. 1, pp.83–98.

Saaty, Thomas L. ve Luis G. Vargas (2001); Models Methods Concepts & Applications of The Analytic Hierarchy Process, *Kluwer Academic Publishers*, America.

Sabuncuoğlu, Z. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Bursa: Beta Basım Yayım.

Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlıkta Performans Ve Kalite Yönergesi*. Ankara

Santos S. P. Belton V. Howick S. (2002) Adding Value To Performance Measurement By Using System Dynamics and Multicriteria Analysis, *International Journal of Operations & Production Management*, 22 (11), s.1246-1272

Suner A., Çelikoğlu C., Dicle O. and Sökmen S. (2012) Sequential Decision Tree Using the Analytic Hierarchy Process for Decision Support in Rectal Cancer. Artificial Intelligence in Medicine 56(1): 59-68.

Tanrıverdi, H. & Çiğdem, T. (2010). Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik iş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 114-136.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O., *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2015.

Tengilimoğlu, Dilaver ve Toygar, Şükrü Anıl, (2013). Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 1, 50-78.

Turgut, H. (2002). Geleneksel Performans Değerleme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerleme Yöntemi. *Sayıştay Dergisi*, 42(Temmuz-Eylül),56-68

Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2019). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Ankara: www. tuik.gov.tr

Uğurluoğlu, Ö., ve Çelik, Y., (2005), Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1),s. 3-29

Uyargil, C. (2002). *İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi*, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No: 262

Uyargil, C., *Performans Yönetimi Sistemi Bireysel Performansın Planlanması Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi*, Beta Basım A.Ş., İstanbul, 2017.

Uysal, Ş. (2015). Performans Yönetimi Sisteminin Tanımı, Tarihçesi, Amaç ve Temel Unsurlarına Genel Bir Bakış. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 5(2), 32-39.

Ürün Ş. (2019) Sağlık Yönetiminde Performans Değerlendirmesi, *Yüksek Lisans Tezi. Kırıkkale Üniversitesi*

Van Dooren, W., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). Performance Management İn The Public Sector. Routledge.

White, K. ve J. Griffith (2010). The Well Managed Healthcare Organization. Chicago: Health Administration Press.

Wierks, T. (2016). Behavior- And Result-Based Performance Management and The Performance Of Business Units: An Examination Of The Mediating Relationship Of Proactive Behavior Between Performance Management and Performance. Master Human Resource Studies, Tilburg University.

Yetim S., (2004) Analitik Hiyerarşi Sürecine Ait Bazı Matematiksel Kavramlar, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, Cilt: 12, No: 2, ss. 457-468.

Yetim, S. (2008). Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi İlköğretim Matematik Öğretmenliği Programı Birinci Sınıf Öğrencilerinin Bu Programı Seçmelerinde Etkili Olan Öncelikli Faktörlerin Analitik Hiyerarşi Prosesi Metodu İle Analizi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 16(2), 589-606.

Yılmaz S. (2013), "İkinci Basamak Kamu Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçütlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma" Doktora Tezi, *Eskişehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*

Yüksel, İ., & Sayın, K. Ş. (2020) Kamu Hastanelerinde Hekimlere Yönelik Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 387-410.

Zaim, H. (2007). Performansa Dayalı Ücret Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 53, 365-368.

EKLER

EK(1) Anket Formu

PERFORMANS DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNİN AĞIRLIKLANDIRILMASI İLİŞKİN ANKET FORMU

Bu anket formu Kayseri Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans tezi kapsamında bir uygulamadır. Sağlık personelinin performansının değerlendirilmesine yönelik model önerisi çerçevesinde oluşturulan kriterleri ve bu kriterlerin önem sıralarını AHP metodu ile belirlemek amaçlanmıştır.

Yapılan değerlendirmeler tamamen gizli tutulacak olup, sadece akademik çalışma kapsamında ilgili tez öğrencisi tarafından tutulacaktır.

Memiş KARACA Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

Lütfen anket formunu doldurmadan önce aşağıdaki açıklamaları dikkatle okuyunuz…

1. Sorulara ikili karşılaştırma esasına göre cevap veriniz.
2. Her karşılaştırma kendi içinde bağımsız olarak değerlendirilecektir.
3. İkili karşılaştırmalar aşağıdaki tablo değerlerine göre yapılacaktır;

Tablo: Kriterler arasında ikili karşılaştırma skala değerleri ve tanımları

Skala Değerleri		Tanımları
1	:	Eşit derecede önemli
3	:	Orta derece önemli
5	:	Kuvvetli derecede önemli
7	:	Çok kuvvetli derecede önemli
9	:	Kesin önemli
2, 4, 6, 8	:	Ara değerler

Skala değerleri anket formunda nasıl kullanılacaktır; Bir örnek.

31	**İkna Yeteneği**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hakkaniyet**

Anketi cevaplayacak sağlık personeli, kendi değerlendirmesine göre ikili karşılaştırmada hangi kriteri daha önemli buluyorsa, önem derecesini belirtmek için o kriter tarafındaki skala değerini işaretleyecektir. Örneğin; Anketi cevaplayan sağlık personeline göre "İkna Yeteneği" kriteri "Hakkaniyet" kriterinden **Kuvvetli derecede önemli** ise "İkna Yeteneği" tarafındaki **5** işaretlenecektir.

Ankete Katılan Sağlık Personeli'nin (İstenirse doldurmak zorunlu değildir);

Adı :

Soyadı :

İmza :

Tarih :

1	**Demografik Kriterler**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Kişilik Kriteri**
2		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Mesleki Bilgi ve Beceri Kriteri**
3		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Uygulama Kriterleri**
4	**Kişilik Kriteri**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Mesleki Bilgi ve Beceri Kriteri**
5		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Uygulama Kriterleri**
6	**Mesleki Bilgi ve Beceri Kriteri**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Uygulama Kriterleri**
7	**Eğitim Durumu**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Cinsiyet**
8		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Yaş**
9		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Deneyim**
10		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Medeni Durum**
11	**Cinsiyet**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Yaş**
12		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Deneyim**
13		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Medeni Durum**
14	**Yaş**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Deneyim**
15		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Medeni Durum**
16	**Deneyim**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Medeni Durum**
17	**Problem Çözme**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Analitik Düşünme**

18		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Kendine Güven**
19		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Yenilikçilik**
20		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**İkna Yeteneği**
21		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hakkaniyet**

22	**Analitik Düşünme**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Kendine Güven**
23		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Yenilikçilik**
24		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**İkna Yeteneği**
25		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hakkaniyet**

26	**Kendine Güven**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Yenilikçilik**
27		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**İkna Yeteneği**
28		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hakkaniyet**

29	**Yenilikçilik**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**İkna Yeteneği**
30		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hakkaniyet**

31	**İkna Yeteneği**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hakkaniyet**

32	**Mesleki Bilgi Düzeyi**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi**
33		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hasta ve Yakınları ile İletişim**
34		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim**
35		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Risk Alma ve Karar Verme**

36	**Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Hasta ve Yakınları ile İletişim**
37		**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Çalışma Arkadaşları ile**

																			Uyum ve İletişim
38		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Risk Alma ve Karar Verme
39	Hasta ve Yakınları ile İletişim	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim
40		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Risk Alma ve Karar Verme
41	Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Risk Alma ve Karar Verme
42	Hasta Odaklılık	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta Memnuniyeti
43		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kalite ve Verimliliğe Uyum
44		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama
45		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Çalışan Memnuniyeti
46	Hasta Memnuniyeti	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kalite ve Verimliliğe Uyum
47		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama
48		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Çalışan Memnuniyeti
49	Kalite ve Verimliliğe Uyum	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama
50		9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Çalışan Memnuniyeti
51	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Çalışan Memnuniyeti

EK(2) Anket Sonuçlarına Ait Ortak Görüş

		K.V 1	K.V 2	K.V 3	K.V 4	K.V 5	K.V 6	K.V 7	K.V 8	K.V 9	K.V 10	Geo Ort.	Ort. Görüş	
1	Demografik Kriterler	7	5	9	5	5	5	7	2	1/9	1	3,01099899	3	Kişilik Kriteri
2		5	7	9	6	1	3	9	5	9	7	5,25549482	5	Mesleki Bilgi ve Beceri Kriteri
3		4	5	8	1/6	1	5	7	6	9	7	3,58717742	4	Uygulama Kriterleri
4	Kişilik Kriteri	3	1	8	7	1	1/5	9	8	1/9	7	2,12545899	2	Mesleki Bilgi ve Beceri Kriteri
5		5	1/5	5	1/5	1	1/5	1/7	4	7	7	1,18800646	1	Uygulama Kriterleri
6	Mesleki Bilgi ve Beceri Kriteri	5	1/5	5	1/6	1	5	1/9	1/8	8	1	0,92587983	1	Uygulama Kriterleri
7	Eğitim Durumu	4	1/7	1/5	1/8	1/7	1/3	1/8	1/9	1/5	1/9	0,21488879	1/5	Cinsiyet
8		6	1/5	5	1/8	1/7	1/3	5	1/5	8	1/5	0,75109729	1	Yaş
9		5	5	9	1/4	5	7	8	1	1/6	3	2,45259058	2	Deneyim
10		4	1/7	1/9	1/8	1/3	1/3	1/9	1/8	1	1/9	0,25904857	1/4	Medeni Durum
11	Cinsiyet	3	6	1/5	5	5	1/5	5	8	6	1	2,30966171	2	Yaş
12		7	7	9	7	7	7	8	8	7	5	7,12849867	7	Deneyim
13		2	1/5	1	6	1	1/3	1	1/3	1	1/9	0,70335183	1/2	Medeni Durum
14	Yaş	5	5	5	5	9	7	8	8	8	5	6,31460302	6	Deneyim
15		2	1/7	1	1/6	1/3	1/3	1/7	1/2	1	1/7	0,37430981	1/3	Medeni Durum
16	Deneyim	1/5	1/7	1/5	1/7	1/7	1/7	1/9	1/8	1/7	1/9	0,1433836	1/7	Medeni Durum
17	Problem Çözme	5	5	8	8	7	9	1/7	5	1/8	1/5	2,11605646	2	Analitik Düşünme
18		9	4	5	7	1/5	1/7	7	1/5	7	1/7	1,47993641	1	Kendine Güven
19		4	1/5	8	5	1	1	1/5	1/4	7	1/9	1,0221098	1	Yenilikçilik
20		5	1/3	7	1/6	1	1/3	7	1/4	1/4	1/9	0,70768662	1/2	İkna Yeteneği
21		7	6	7	8	5	5	8	9	9	1/7	4,71612632	5	Hakkaniyet
22	Analitik Düşünme	1/5	1/5	5	1/6	1	1/7	7	1/7	1/7	1/5	0,41055492	1/3	Kendine Güven
23		1/7	1/5	5	1/7	1	1/7	1/5	1/4	7	1/9	0,40313745	1/3	Yenilikçilik
24		1/4	1/5	1/5	1/5	1	1/9	8	1/7	1/7	1/5	0,3062465	1/3	İkna Yeteneği
25		7	7	1	5	1	1	8	8	9	1/5	2,78651802	3	Hakkaniyet
26	Kendine Güven	7	1/5	1	5	1	5	1/8	8	8	1/3	1,57399619	2	Yenilikçilik
27		5	1/3	1	5	1	1	7	6	1/6	1/3	1,34548715	1	İkna Yeteneği
28		9	7	1	7	1	5	8	5	9	3	4,34193417	4	Hakkaniyet
29	Yenilikçilik	5	7	1	1/5	1	1	8	1/5	1/8	3	1,15431657	1	İkna Yeteneği
30		7	7	1	6	7	5	9	7	8	5	5,51291875	6	Hakkaniyet
31	İkna Yeteneği	5	7	1	6	1	5	9	8	9	3	4,2755162	4	Hakkaniyet
32	Mesleki Bilgi Düzeyi	9	5	5	7	1	7	7	5	1/7	7	3,61946736	4	Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi
33		3	1	5	6	1	5	5	4	8	5	3,59443182	4	Hasta ve Yakınları ile İletişim
34		7	5	9	1/5	1	3	4	5	8	1/7	2,30966171	2	Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim
35		5	1	7	5	1	9	6	1/6	8	1	2,5706151	3	Risk Alma ve Karar Verme
36	Mesleki Bilgisini Kullanabilme Becerisi	3	1/5	1	1/7	1	1/5	1/7	1/5	1/5	1/9	0,31891891	1/3	Hasta ve Yakınları ile İletişim
37		5	1/3	8	1/6	1	1/5	1/7	1/2	8	1/9	0,69992852	1/2	Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim
38		7	1/3	6	5	1	1	1/5	1	8	1/9	1,28676	1	Risk Alma ve Karar Verme
39	Hasta ve Yakınları ile İletişim	5	5	4	1/6	1/7	1	5	1	1	1	1,28106767	1	Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim
40		7	1	1	6	1	5	6	1/4	1	1/3	1,59264481	2	Risk Alma ve Karar Verme
41	Çalışma Arkadaşları ile Uyum ve İletişim	1/5	1/5	1	7	5	5	1/6	1/5	1	1/3	0,77461438	1	Risk Alma ve Karar Verme
42	Hasta Odaklılık	9	1	1	1/5	1/5	3	7	1/8	1/8	1/5	0,68760208	1/2	Hasta Memnuniyeti
43		7	1	1	7	1/5	1	1/5	1/5	1/8	1/3	0,66268552	1/2	Kalite ve Verimliliğe Uyum
44		6	1	1	6	1/5	7	2	2	1	1/3	1,52312984	2	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama
45		5	1	1	1/6	1	1	1/5	1	1	3	0,93303299	1	Çalışan Memnuniyeti
46	Hasta Memnuniyeti	7	1	1	6	1	1	1/7	1/2	1	3	1,24573094	1	Kalite ve Verimliliğe Uyum
47		5	1	1	1/4	1/7	3	1/7	1/3	2	3	0,82887019	1	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama
48		3	1	1	1/6	1	2	7	1	1/2	3	1,26508274	1	Çalışan Memnuniyeti
49	Kalite ve Verimliliğe Uyum	7	1/4	1	1/6	1/5	1	1/5	1	1	3	0,71516591	1/2	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama
50		5	1	1	1/7	1	2	7	1	1/5	3	1,1962312	1	Çalışan Memnuniyeti
51	İş Takibi Raporlama ve Dosyalama	5	5	1	1/5	1	2	7	2	1/3	3	1,63912775	2	Çalışan Memnuniyeti

EK(3) Etik Kurulu Onay Formu

BAŞVURU NO: 6

KAYSERİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU
PROJE ONAY FORMU

Projenin Adı	**Sağlık Personelinin Performans Değerlendirmesine Yönelik Model Önerisi**
Projenin Niteliği	Bireysel Araştırma
Proje Araştırmacıları	**Memiş KARACA**
Sorumlu Araştırmacının Haberleşme Bilgileri	

KARAR:

Etik Kurulumuza başvuran **Memiş KARACA'** nın **" Sağlık Personelinin Performans Değerlendirmesine Yönelik Model Önerisi"** adlı Çalışması değerlendirilerek aşağıdaki sonuca ulaşılmıştır.

Proje etik açıdan uygun bulunmuştur. ☑
Projenin etik açıdan geliştirilmesi gerekmektedir. ☐
Proje etik açıdan uygun bulunmamıştır. ☐

29.01.2021

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Memiş KARACA

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Bekâr

EĞİTİM

Derece	**Kurum**	**Mezuniyet Tarihi**
Yüksek Lisans	Kayseri Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2021
Lisans	Anadolu Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2020
	Erciyes Üniversitesi İnsan Kaynakları Yönetimi	2018
Önlisans	Atatürk Üniversitesi Bilgisayar Programcılığı	Devam Ediyor
	Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği	2015
Lise	Kayseri Kadı Burhanettin Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2013

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	**Kurum**	**Görev**
2013	Yahyalı Devlet Hastanesi	Sağlık Memuru
2014	Kayseri Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	Sağlık Memuru
2018	Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü	Sağlık Memuru
2018/…	Kayseri Devlet Hastanesi	Sağlık Memuru

YABANCI DİL

İngilizce