

HASTANELERDE

DIŞ KAYNAK KULLANIMI

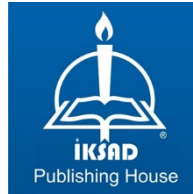
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK



IKSAD
Publishing House

HASTANELERDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRÖ



Copyright © 2019 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,
distributed, or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording, or other electronic or
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,
except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution Of Economic
Development And Social
Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TURKEY TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

kongreiksad@gmail.com

www.iksad.net

www.iksad.org.tr

www.iksadkongre.org

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2019©

ISBN: 978-605-7695-89-5

Cover Design: İbrahim Kaya

October / 2019

Ankara / Turkey

Size = 16 x 24 cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
OUTSOURCE MANAGEMENT IN HOSPITALS PRAFACE	3
1.GİRİŞ	5
2. HASTANELER İL İLGİLİ GENEL BİLGİLER	7
2.1. Hastanenin Tanımı	8
2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	10
2.2.1. Sağlık kurumlarının işlevlerine göre sınıflandırılması.....	10
2.2.2. Mülkiyet esasına göre hastanelerin sınıflandırılması.....	11
2.2.3. Büyüklüklerine göre hastaneler	12
2.2.4. Halkın kullanımına açık olma durumuna göre	13
2.2.5. Verdikleri hizmet türüne göre hastaneler.....	13
2.3. Hastanelerin Özellikleri	13
2.3.1. Hastaneler birer hizmet organizasyonudur	13
2.3.2. Hastaneler karmaşık yapılı açık ve dinamik sistemlerdir	15
2.3.3. Hastaneler; matriks yapıda faaliyet gösteren işletmelerdir.....	15
2.3.4. Hastane işletmeleri 7/24 hizmet veren işletmelerdir	17
2.3.5. Hastaneler, Çalışanlarının büyük bir kısmı bayanlardan oluşan işletmelerdir	17
2.4. Hastanelerin Amaçları	18
2.5. Hastanelerin Fonksiyonları	19
2.5.1. Sağlık hizmetlerinin üretimi fonksiyonu	19
2.5.2. Tıbbi fonksiyonlar.....	19

2.5.3. Eğitim fonksiyonu	20
2.5.4. Araştırma ve geliştirme fonksiyonu	20
2.5.5. Teknik fonksiyonlar	21
2.5.6. Mali fonksiyonlar	22
2.5.7. İdari fonksiyonlar	22
2.5.8. Otelcilik fonksiyonları.....	23
2.5.9. Koruyucu hekimlik fonksiyonları.....	23
2.6. Hastane Kaynakları.....	23
2.6.1. İnsan gücü	23
2.6.2. Para	24
2.6.3. Zaman.	24
2.6.4. Makine ve malzeme	24
2.6.5. Yer ve bina	25
2.7. Hastanelerde Organizasyon.....	27
3. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ VE KAPSAMI	29
3.1. İnsan Kaynakları Yönetimi Kavramı ve Tanımı.....	29
3.2. İnsan Kaynaklarının Yönetiminin Amacı	30
3.3. İnsan Kaynakları Yönetiminin Fonksiyonları.....	32
3.3.1. İnsan kaynakları planlaması	32
3.3.2. İnsan kaynakları seçimi	32
3.3.3. İnsan kaynaklarının eğitimi ve geliştirilmesi.	33
3.3.4. Kariyer yönetimi.....	34

3.3.5. Performans yönetimi	35
3.3.6. Ücret Yönetimi	35
3.3.7. Sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi	36
3.4. Hastanelerde İnsan Kaynakları Yönetimi.....	37
3.4.1. Hastanelerde insan kaynakları planlaması.....	39
3.4.2. Hastanelerde insan kaynakları seçimi.....	39
3.4.3. Hastanelerde insan kaynaklarının eğitimi ve geliştirilmesi.	40
3.4.4. Hastanelerde kariyer yönetimi	41
3.4.5. Hastanelerde performans yönetimi.....	45
3.4.6. Hastanelerde ücret yönetimi	46
3.4.7. Hastanelerde sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi	47
3.4.8. Hastanelerde insan kaynaklarının önemi.....	48
3.5. İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Yönetimi ve Kapsamı	49
3.5.1. Performans kavramının tanımı	51
3.5.2. Performans yönetimi kavramının tanımı	52
3.5.3. Performans yönetimi ve örgütler için stratejik önemi	60
3.5.4. Performans değerlendirme yöntemleri	70
4. DIŞ KAYNAK KULLANIMI (OUTSOURCING).....	73
4.1. Dış Kaynak Kullanımı Kavramının Tanımı	73
4.2. Dış Kaynak Kullanımının Tarihsel Gelişimi.....	76
4.3. İşletmelerde Dış Kaynak Kullanımının Önemi.....	79

4.4. Dış Kaynak Kullanımının Yaygınlaşmasını Teşvik Eden Faktörler.....	81
4.4.1. Küreselleşme.....	82
4.4.2. Hızlı değişim süreci.....	84
4.4.3. Rekabetin artması.	85
4.4.4. Teknolojik gelişmeler	86
4.5. Dış kaynak kullanımının avantajları ve dezavantajları.....	87
4.5.1. Dış kaynak kullanımının avantajları.....	88
4.5.2. Dış kaynak kullanımının dezavantajları	93
4.6. Dış kaynak kullanımı tipleri	97
4.6.1. Dışarıya iş verme (out – tasking).....	97
4.6.2. Fonksiyonel kaynak sağlama (functional sourcing).....	98
4.6.3. Dikey kaynak sağlama (functional sourcing).....	98
4.6.4. Bütünleşik dış kaynak sağlama (integrative outsourcing).....	99
4.6.5. Stratejik kaynak sağlama (strategic sourcing).....	99
4.7. Dış kaynak kullanım türleri	100
4.7.1. Yararlanılan dış kaynağın çeşidine göre sınıflandırma	101
4.7.2. Yararlanılan konunun kapsamına göre sınıflandırma	103
4.8. Hastanelerin fonksiyonları	104
4.8.1. Bilgi teknolojilerinde dış kaynak kullanımı.....	104
4.8.2. İş süreçlerinde dış kaynak kullanımı.....	105
4.8.3. İnsan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı.....	106
4.8.4. İş gören ihtiyacının karşılanmasında dış kaynak kullanımı.....	107

4.8.5. Muhasebe ve finansman hizmetlerinde dış kaynak kullanımı	107
4.8.6. İmalat sürecinde dış kaynak kullanımı	108
4.8.7. Servis hizmetlerinde dış kaynak kullanımı	108
4.8.8. Eğitim faaliyetlerinin koordinasyonunda dış kaynak kullanımı	109
4.8.9. Lojistik sektöründe dış kaynak kullanımı	109
4.9. Hastanelerde dış kaynak kullanımı	110
4.9.1. Hastanelerde dış kaynak kullanımının nedenleri	110
4.9.2. Hastanelerde dış kaynak kullanımı süreci ve kapsamı	128
4.9.3. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve performans etkileri.	142
5. GEREÇ VE YÖNTEM	155
5.1. Veri toplama aracı.....	155
5.2. Araştırmanın evreni ve örneklem	156
5.3. Veri analizi	161
6. BULGULAR	164
6.1. Ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliklerine ilişkin bilgiler	164
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	247
KAYNAKLAR.....	273
EKLER.....	297

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge 5.1. Şanlıurfa İli Genelindeki Kamu Hastanelerinde Anket Uygulaması İle İlgili Genel Bilgiler,	158
Çizelge 5.2. DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personel Grupları, Sayıları, Oranları	160
Çizelge 6.1. Motivasyon Boyutu Üzerine Yapılan Faktör Analizi İçin Test İstatistiği ve Açıklayıcı İstatistikler	165
Çizelge 6.2. Motivasyon Boyutu Üzerine Yapılan Faktör Analizinin Faktör Yükleri	166
Çizelge 6.3. Ölçekteki Boyutlar İçin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları	167
Çizelge 6.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre İletişim Becerileri Boyutu Maddelerinin, İletişim Becerileri Boyutuna Etkileri	170
Çizelge 6.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Planlama Ve Organize Etme Becerileri Boyutu Maddelerinin, Planlama Ve Organize Etme Becerileri Boyutuna Etkileri	171
Çizelge 6.6. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Mesleki İş Bilgisi Ve Yeterliliği Boyutu Maddelerinin, Mesleki İş Bilgisi Ve Yeterliliği Boyutuna Etkileri	172
Çizelge 6.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Kurumsal Bilgi Boyutu Maddelerinin, Kurumsal Bilgi Boyutuna Etkileri	173
Çizelge 6.8. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Motivasyon Boyutu Maddelerinin, Motivasyon Boyutuna Etkileri	174
Çizelge 6.9. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre İş Disiplini Ve Etiği Boyutu Maddelerinin, İş Disiplini Ve Etiği Boyutuna Etkileri	175
Çizelge 6.10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Hasta/Yakınları Ve Diğer Çalışanlarla İlişkiler Boyutu Maddelerinin, İlişkiler Ve Hasta Odaklılık Boyutu Boyutuna Etkileri	176
Çizelge 6.11. Doğrulayıcı faktör analizi modeline göre iş kalitesi ve hedeflere ulaşma boyutu maddelerinin, iş kalitesi ve hedeflere ulaşma boyutuna etkileri	177
Çizelge 6.12. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Ölçekte Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları	178

Çizelge 6.13. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri	181
Çizelge 6.14. Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşlerini Tanımlayıcı Değerler	185
Çizelge 6.15. Hastane Yöneticilerinin Cinsiyet Durumları İtibariyle Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri	194
Çizelge 6.16. Hastanedeki Yöneticilerin Yaş Durumu İtibariyle, Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri	197
Çizelge 6.17. Hastanedeki Yöneticilerin Eğitimine Göre, Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri	204
Çizelge 6.18. Hastanedeki Yöneticilerin Mesleğine Göre, Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri	215
Çizelge 6.19. Hastanedeki Yöneticilik Görevine Göre, Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri	222
Çizelge 6.20. Hastanedeki Yöneticilerin, Yöneticilik Süresine Göre Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri	231
Çizelge 6.21. Hastanedeki Yöneticilerin Toplam Yöneticilik Sürelerine Göre, Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri	238

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 2.1. Kamu Hastaneleri Şanlıurfa İl Hastane Organizasyon Şeması	28
Şekil 3.1. Performans Yönetimi Modeli	54
Şekil 4.1. Dış Kaynak Kullanımının Tarihsel Gelişimi	76

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AR-GE	:Araştırma – Geliştirme Fonksiyonu
İKY	: İnsan Kaynakları Yönetimi
MİY	: Müşteri Şikâyet Yönetimi
BİT	: Bilgi ve İletişim Teknolojilerinde
MİY	: Müşteri İlişkileri Yönetimi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
YÖK	: Yükseköğretim Kurumu
DİK	: Devlet İhale Kanunu
KİK	: Kamu İhale Kanunu
DDK	: Dış Kaynak Kullanımı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
MŞY	: Müşteri Şikâyet Yönetimi

ÖNSÖZ

Yüksek yatırım gerektiren, uzmanlaşmanın yoğun olduğu ve geniş bir hizmet alanına sahip olan hastaneler son yıllarda asıl yeteneklerine odaklanmaya başlamışlardır. Hastaneler, ihtiyaç duydukları bir takım hizmetleri profesyonel hizmet veren işletmelerden dış kaynak kullanımı yöntemiyle temin etmektedirler. Bu hastaneler arasında yer alan kamu hastaneleri de daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunarak, diğer hastanelere karşı avantaj sağlamak, giderlerini azaltıp, karlılıklarını artırmak, ülke sağlık politikasını destekleyici çalışmalar yapmak için dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir. Özellikle devlet hastanelerinin, devletin hantal yapısından dolayı, hizmet üretmede zorluk yaşadığı bilinmektedir. Bunun en önemli sebeplerinden birisi ihtiyaç duyulan, istenilen nitelikteki kadrolu personelin temin edilmesinde yaşanan ciddi sorunlardır. Ayrıca sağlık hizmetleri üretiminde olması gereken bir takım mal/hizmet tedarik sürecindeki gecikmelerden dolayı, devlet hastaneleri ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. Son yıllarda bu sebeplerden dolayı kamu hastaneleri, kanunlar çerçevesinde eldeki imkânları kullanarak, bilimsel normlara uygun, kaliteden ödün vermeden, hızlı ve etkili bir şekilde sağlık hizmeti üretebilmek için özellikle dış kaynak kullanımını tercih etmeye başlamışlardır.

Çalışmanın giriş bölümünde araştırmaya ait genel bilgiler verilmiştir. İkinci bölümünde hastaneler ile ilgili genel bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölümde, insan kaynakları yönetimi ve kapsamı ile insan kaynakları yönetiminde performans yönetimi ve kapsamı konuları işlenmiştir. Dördüncü bölümde dış kaynak kullanımının

tanımı, tarihsel gelişimi ve öneminden bahsedilerek, hastanelerde dış kaynak kullanımı, nedenleri, kapsamı ile insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve performansa etkileri konuları işlenmiştir. Sonraki bölümde ise araştırmanın verileri ve bulguları hakkında bilgiler verilmiştir. Veri girişi ve analizler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde; önce faktör analizi yapılarak, ölçekte alt boyutlarda yer alan ifadelerin birbirini destekleyip desteklemediğine bakılmıştır. Daha sonra iki grup ortalaması arasındaki farkı test etmede t testi, üç ve daha fazla grup ortalaması arasındaki farkı test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar arasındaki farkın önemli olduğu durumda, hangi grubun farklı olduğunu belirlemek amacıyla “Tukey” testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hastane yöneticilerinin görüşleri tespit edilmeye çalışılmış ve bu tespitler doğrultusunda bir takım öneriler geliştirilmiştir. Hastane yöneticileri, DKK çalışanlarının hasta, hasta yakını, diğer çalışanlar ve yöneticilerle ilişkilerinde olumlu görüş içinde olduklarını belirtmişlerdir. Ancak bu olumlu görüşün düzeyinin yüksek olmadığı da anlaşılmıştır. Hastane yöneticileri, DKK ile istihdam edilen personelin iş motivasyonlarının düşük olduğu, hastanedeki işlere ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı görüşünü de belirtmişlerdir. Yine DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin hastanenin vizyon, amaç ve kalite politikalarından haberdar olmadıkları görüşü de ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmanın, hastanelerde dış kaynak kullanımı ve performans yönetimi konusunda alana katkı sağlayacağını ümit ediyoruz.

OUTSOURCE MANAGEMENT IN HOSPITALS

PRAFACE

Hospitals where specialisation is intense, which require high investments and which have a wide service area started focusing on their principal skills. Hospitals supply certain services that they need through outsourcing method from professional business firms. Public hospitals that are among these hospitals, headed towards outsourcing methods in order to gain advantage against other hospitals by providing a better service, decrease their expenditure, increase their profitability and conduct studies that support nation health policy. It is known that especially public hospitals are having difficulties in providing services due to logy structures of the state. One of the most important reasons for this is the problem that is encountered while hiring personnel who have required qualifications. Also, public hospitals encounter serious problems due to the delay in supply period for some goods or services which are necessary for health care delivery production. Due to this reason, in recent years, public hospitals especially started to prefer outsourcing methods, in order to produce health care in a fast and effective way using current possibilities, within the limits of the law, appropriate to scientific norms, and without sacrificing quality.

General information is given in the introduction part of the study. General information about the hospital is given in the second part. In third part, personnel management and its scope, and performance management in personnel management and its scope is handled. In fourth part, decription of outsourcing method, its historical development and its importance is mentioned. Meanwhile in fourth part, its motivation, and its scope, along with using outsourcing method in personnel management and its influence on performance

are handled. In next part information is given related to data of the research and its findings. Data entry and analysis are done though SPSS 22.00 statistics program. In analyses first factor analysis was done in order to see if the terms in subdimensions in the scale support one another or not. Then t test was used to test the difference between two groups and one way analysis of variance (ANOVA) was used to test the difference among three or more group averages. “Tukey” test was used to determine which group was different when the difference among averages was significant.

Considering the results of the research, opinions of the hospital directors was aimed to be detected, and some proposals were developed and in accordance with these detections. Hospital directors indicated that they had a good opinion about the personnel employed through outsourcing method and their relations with patients and their relatives alongside with other personnel. But it was understood that this positive opinion was not that high. Hospital directors also indicated that personnel employed through outsourcing method had a low work motivation and inadequate information related to jobs in hospitals. Furthermore, the judgment that the personnel employed through outsourcing method were unaware of the vision, purpose and quality policies of the hospital that they work for came forth.

We hope that this study will contribute to the field of outsourcing and performance management in hospitals

Dr. Hüseyin ERİŞ

Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK

1. GİRİŞ

Günümüz işletmeleri, serbest piyasa ekonomisinin hakim olduğu rekabetçi ortamda, rakip firmalara karşı daha üstün bir performansı nasıl geliştirebileceklerini ve bu üstün performansın nasıl sürekli bir hale getirilebileceklerini araştırmaktadırlar. Bu çaba, işletmeleri farklı bir bakış açısıyla yeni stratejiler geliştirmeye zorlamaktadır. Farklı strateji geliştirme çabasının altında yatan temel etmenlerden biri ve en önemlisi “işletmenin varlığını devam ettirme” çabası olduğunu görmekteyiz.

Gerek kamu gerekse özel hastaneler varlığını devam ettirmek isteyen birer işletme oldukları için, yoğun bir çalışma ve çaba içerisindedirler. Özellikle 2000’li yıllardan sonra gerek ekonomi piyasalarında gerekse teknolojik alanda yaşanan hızlı değişim, kendini sağlık sektörü üzerinde yoğun bir şekilde hissettirmeye başlamıştır. Sağlık sektörü yöneticileri ağır baskı oluşturan bu koşullardan kendi işletmelerini korumak ve bu işletmelerin gelişimini sağlamak için yoğun bir gayret içerisine girmişlerdir.

İşletmeler yeniden yapılanma süreci içerisinde, rekabet güçlerini arttıracak ana fonksiyon ve özelliklerini belirlemeye, sonuç olarak temel yetkinlik alanlarını tanımlamaya ve faaliyetlerini bu yönde yapılandırmaya ihtiyaç duyarlar. Yaklaşık on beş yıl öncesine kadar, işletmeler, her türlü işi kendi bünyelerinde yapmaya ve dışarıya iş yaptırmamaya eğilimliydi. Hatta tüm işleri işletmenin kendisinin yapması, işletmenin kurumsal gücü olarak ifade ediliyordu. Bu durum, işletmelerin gereksiz işlerle uğraşmasına, yavaşlamasına ve örgüt yapılarının hantallaşmasına sebep oluyordu. İşletmeler ayakta

kalabilmek için faaliyetlerinin farklı aşamalarında, birbirlerini tamamlayıcı şekilde ve sürekli olarak işbirliği yapmak durumunda kalmaktadırlar. Bu sayede işletme kendisine rekabetçi üstünlük sağlayan yetenekleriyle (core product or core competences – temel yetkinlikler veya temel üretim yeteneği) ilgili işlerinin dışındaki tüm işleri başka işletmelere yaptırmakta; bu yöntemle hem kaynak tasarrufu sağlamakta, hem de örgütsel yapı olarak küçülmekte ve kendisinin çok iyi bildiği iş üzerine yoğunlaşma fırsatı sağlamaktadır.

Sağlık hizmeti sunan hastaneler birer "hizmet" kurumudurlar; hizmet kurumlarının temel karakteristiği ise "emek yoğun" teknoloji kullanmalarıdır. Hizmet alanında faaliyet gösteren sağlık sektörünün / hastanelerin, en önemli kaynağı kuşkusuz insan gücüdür. Emek yoğun çalışan sağlık sektörü / hastaneler, nitelikli eğitim almış, profesyonel insan gücü olmadan varlıklarını devam ettiremezler. Ayrıca hastane giderlerinin en önemli kalemini personel giderleri oluşturduğundan, insan kaynağı yönetimi hastaneler için çok önemli bir rol oynamaya başlamıştır.

Hastanelerde birtakım hizmetler, dış kaynak kullanımı yoluyla kurum dışından sağlanır. Bu hizmetlerin başında temizlik, yemek, hastabakıcısı, güvenlik, görüntüleme hizmetleri, bakım onarım hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, hastane bilgi işlem sistemleri, tıbbi sekreterlik hizmetleri, tıbbi cihaz kiralama, personel taşıma hizmetleri, danışmanlık, muhasebe hizmetleri gelmektedir.

Kamu hastanelerinde DKK, 04/01/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamındaki kanun hükümleri çerçevesinde hizmet alımı ihaleleri şeklinde yapılmaktadır.

Bu kadar çok hizmetin hastanelerde DKK ile temin edilmesi birtakım sorunları beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında; hesaplanamayan maliyetler, çalışanlar üzerinde oluşabilecek olumsuz etkiler, işin kontrolünün kaybedilmesi, işin istenilen kalitede çıkmaması, faaliyetlerin aksaması, işletme yeteneklerinin kaybedilmesi sayılabilir.

2. HASTANELER İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

İnsanlık tarihinde binlerce yıldan beri, basit düzeyde de olsa birtakım tedavi yöntemlerinin kullanıldığı ve bugünkü hastane anlayışının ilk örneklerinin yer aldığı görülmektedir. Milattan önce 4000’li yıllarda devlet kuran Sümerler’de tıp hizmetleri rahiplerin evlerinde yapılmakta idi. Rahip evleri bilinen en eski hastane örnekleridir. Etiler, Asurlular ve Babillerde de tıp hizmetleri rahipler tarafından yapıldığına dair kayıtlar vardır (Akar ve Özalp, 2009: 142)

Hastanelerin gelişimine ilişkin en köklü gelişim eski yunan hekimi olan Hipocrate ile başladığı bilinir. Bu dönemlerde hastanelerin kurulduğu bilinmektedir (Akar ve Özalp, 2009: 142).Bu bağlamda tıp tarihinin ilk hastaneleri, öncelikle dini kurumlar ve kâr amacı gütmeyen hastaneler olarak kurulmuştur. Özellikle İngiltere ve Fransa olmak üzere hastaneler devlet yönetimine geçmeye başlamış ve bir kamu kurumu niteliğinde hizmet verir hale gelmiştir (Dalbay ve Biçer, 2012).

20. yüzyılın ortalarından itibaren gelişmeye başlayan bilimsel teknikler sayesinde, tıp hizmetlerinde gelişmeler kaydedilmiş,

hastanelerin tesis edilmesinde, yönetilmesinde ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında bilimsel yöntemler kullanılmıştır.

2.1. Hastanenin Tanımı

Ortak bir tanımı olmayan hastanelerin, birçok farklı görevi, işlevi, özellikleri, fonksiyonu olmasından dolayı farklı bakış açıları ile değerlendirilmiş ve farklı tanımları yapılmıştır.

Hastaneler sağlık sisteminde önemli bir rol oynamaktadır. Hastaneler, haftanın 7 günü, 24 saat sağlık hizmeti sunan, tıbbi bir organizasyon ve tıbbi profesyonel kadroya sahip, hastalara ayaktan ve yatarak sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Hastaneler, hastalıkların yanı sıra yaralanma ve genetik anomalilerden kaynaklanan akut ve kronik hastalıklar karşısında teşhis ve tedavi hizmetlerini kullanarak akut, nekahet ve terminal bakımda, değişen sağlık hizmetini sunarlar. Bunları yaparken de araştırma, eğitim ve yönetim için gerekli temel bilgileri de üretirler. (<http://www.who.int/topics/hospitals/en/> 21.03.2015)

T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlar İşletme Yönetmeliği'nde "hastane"; "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta ya da yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri ve aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlandığı görülmektedir (Yataklı Tedavi Kurumlar İşletme Yönetmeliği, 1983).

Akar ve Özalp'e göre, "her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği eğitim, araştırma ve toplum sağlığı

hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikler gösteren bir hizmet işletmesidir” (Akar ve Özalp, 2009: 141).

Tüm bu belirlemeler haricinde hastane; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı hizmetleri de yerine getiren işletmeler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Bu bağlamda hastaneleri; hem bir “tıbbi kuruluş”, hem “ekonomik bir işletme”, hem doktor ve diğer personeline eğitim veren bir “eğitim kurumu”, hem bir “araştırma ünitesi”, hem de birçok kişinin çalıştığı “sosyal bir örgütlenme” olma niteliğine sahiptir (Özcan, 2007: 31).

Genel bir tanım ile hastaneler; yaralı ya da hastalık şüphesi ile sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyen kişilerin ayaktan veya yatırılarak muayene edildiği, gözlem altında tutulduğu, hastalık tanılarının konulduğu, tedavi ya da rehabilitasyon ile koruyucu ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin verildiği, doğum yaptırılan; tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer sağlık personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı karmaşık yapıları bir örgüt, pahalı ve kendine özgü özellikleri olan açık bir sistem ve toplumsal ve sosyal bir birim şeklinde faaliyet gösteren hizmet işletmeleridir.

Bu tanımlarda görülmektedir ki hastaneler; hasta ve yaralıların tedavi edilmesi dışında kalan hizmetlerin yürütülmesi noktasında da çalışmalarda bulunmakta ve toplum sağlığı üzerinde büyük ölçüde

etkili ve belirleyici olmaktadır. Bu süreçte de hastaneler, toplumdan aldıkları geri bildirimler doğrultusunda hizmet anlayışını belirlemekte ve şekillendirmektedir.

2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerin, finansal kaynaklarının türüne, büyüklüklerine, hastaların hastanede kalış süresine göre sınıflandırılmaktadır (Yataklı Tedavi Kurumlar İşletme Yönetmeliği, 1983).

2.2.1. Sağlık kurumları işlevlerine göre sınıflandırılması

2.2.1.1. İlçe / Belde hastanesi

Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

2.2.1.2. Gün hastanesi

Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

2.2.1.3. Genel hastaneler

Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

2.2.1.4. Özel dal hastaneleri

Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa yakalananların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

2.2.1.5. Eğitim ve araştırma hastaneleri

Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

2.2.2. Mülkiyet esasına göre hastanelerin sınıflandırılması

Mülkiyeti dikkate alındığı zaman hastaneler, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğu veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılmaktadır. Hastaneler ait oldukları kurumlara göre, devlete doğrudan ve dolaylı bağlı hastaneler ve özel hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Tengilimoğlu, 2012:182; Ak,1990: 83).

2.2.2.1. Devlete doğrudan bağlı hastaneler

Devlete doğrudan bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığına, Milli Savunma Bakanlığına bağlı olan hastanelerdir. Milli Savunma

Bakanlığına bağı hastaneler daha çok askeri ihtiyaçlar göz önüne alınarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Son dönemlerde sağlık politikalarında yapılan uygulamalar ile sivil vatandaşlara da sağlık hizmeti sunmaya başlamışlardır.

2.2.2.2. Devlete dolaylı bağlı hastaneler

Devlete dolaylı bağlı hastaneler ise belediye ve niversite hastaneleri gibi kurumlardır. Belediye hastanelerinin sayısı ve hizmet üretim kapasitesi oldukça yetersizdir ve toplumun sağlık hizmetlerinin ancak kk bir kısmını karşılamaktadırlar. Üniversite hastaneleri ise eğitim ve araştırma hizmetlerinin yanı sıra nc basamak sağlık hizmeti sunan önemli sağlık kuruluşları arasında yer alırlar.

2.2.2.3. Özel hastaneler

Özel hastaneler, sahiplerinin kar amacı ile kurup işlettikleri hastanelerdir. Kar elde ettikleri sürece varlıklarını devam ettirebilirler. Bu gruptaki hastaneler, şahıslara, vakıflara, derneklere, azınlıklara bağlı olan ve kendi kaynakları ile faaliyetlerin sürdüren hastanelerdir.

2.2.3. Büyüklüklerine göre hastaneler

Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Hastanelerin yatak sayısı arttıkça, yeni hizmet birimlerine, polikliniklere, servislere, tıbbi ve idari hizmet birimlerine, farklı meslek grubunda çalışan profesyonel işgücüne gereksinim duyarlar (Tengilimoğlu, 2012:183).

2.2.4. Halkın kullanımına açık olma durumuna göre hastaneler

Toplumun geneline açık olan ve hizmet veren kamu ve özel hastaneler ile toplumun geneline açık olmayan uzun süreli bakım hizmeti veren psikiyatri hastaneleri, tüberküloz hastaneleri gibi hastanelerdir (Tengilimoğlu, 2012:183).

2.2.5. Verdikleri hizmet türüne göre hastaneler

Hastaneler verdikleri hizmet türüne göre genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılırlar.Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili sağlık hizmeti sunan hastanelerdir.

Özel dal hastaneleri ise belirli bir yaş grubu hastalar veya belirli bir hastalığa yakalanan hastaların teşhis, tedavi ve rehabilitasyon edildikleri hastanelerdir. Kadın hastalıkları ve doğumevi, çocuk hastanesi, onkoloji, göz hastaneleri gibi hastaneler örnek olarak verilebilir.

2.3. Hastanelerin Özellikleri

Hastanelerin temel özellikleri, şu şekilde ifade edilebilir;

2.3.1. Hastaneler birer hizmet organizasyonudur

Hastaneler, hizmet üreten kurumlardır. Hastaneleri, diğer sanayi ve hizmet kurumlarından ayıran birtakım özellikleri bulunmaktadır. Hizmet organizasyonu olma özelliğine sahip hastanelerin bu

özellikleri, şu şekilde sıralanabilir (Tengilimoğlu, 2012: 177; Kavuncubaşı, 2010: 128; Kömürcü, 2006: 42);

- Sağlık hizmetleri soyuttur. Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür. Herhangi bir ölçü birimiyle tanımlanamaz. Satın alma öncesi, hizmetin incelenmesi, görülmesi, dokunulması vb. işlemler söz konusu değildir.
- Hastanelerde yapılan işlerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Hastanede çalışan personelin uzmanlaşma seviyesi yüksektir ve profesyonel kişilerden oluşmaktadır.
- Sunulan sağlık hizmeti, hata ve belirsizliklere duyarlıdır ve tolere edilemez.
- Hastaneler, müşterilerinin çıkarlarını koruyan ve faaliyetlerini bu yönde sürdüren işletmelerdir.
- Hastanelerin en önemli özelliklerinden birisi de emek yoğun olarak çalışırlar.
- Hastanelerde sunulan sağlık hizmeti standartlaştırılmaz. Aynı hizmet, aynı kişi ya da aynı bölüm tarafından farklı verilebilir.
- Hastaneler, kendisine uygulanan tedaviyi kontrol etme imkânına sahip olamayan hastanın, tedavi hizmetleri süreci içerisinde gözetilmesini ve tıbbi tedavisinin denetiminin yapılmasını sağlayan kurumlardır.

2.3.2. Hastaneler Karmaşık Yapılı Açık ve Dinamik Sistemlerdir

Hastaneler, benzer yapıdaki ve büyüklükteki işletmelerin en karmaşık olanıdır. Hastaneyi etkileyen etmenlerin en önemlisi hastane çevresinin çok karmaşık olmasıdır. Ayrıca çok sayıda farklı hastalıktan şikâyetçi birçok hastanın düzensiz bir şekilde hastaneye gelişi, hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin aciliyet göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, hastanenin hem insan gücü hem de fiziksel ve ekipman olarak her zaman hizmete hazır tutulmasını gerektirmektedir. Çok sayıda farklı meslek grubuna ait uzman çalıştırılması, çalıştırılan bu personelin iletişimin ve koordinasyonunun sağlanması diğer zorluklardan biridir. Hastaneler bir sistem olarak nitelendiğinde, sosyal sistemler, sosyo – teknik sistemler, çevreye uyum gösterebilen açık dinamik sistemler olarak gösterilirler. Bu gibi unsurlar işletmelerinin karmaşık bir yapıya sahip olmasının temel nedenleri arasında değerlendirilmektedir (Tengilimoğlu, 2012: 178)

2.3.3. Hastaneler, Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren İşletmelerdir

İşletmelerin gruplandırılmasında, fonksiyon ve mal ya da hizmet esasının temel alınması ile söz konusu edilen yapılanmaya, “Matriks Yapı” adı verilmektedir. Bu bağlamda hastanelerde, fonksiyon ve hizmet esası doğrultusunda değerlendirildiklerinden, matriks yapıda faaliyet gösteren ve incelenen işletmelerdir (Kömürcü, 2006: 42).

Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır: Fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi. Fonksiyonel yönetici, gruplandırılmış birtakım faaliyetlerin, dolayısıyla o bölümün

yönetimini üstlenmiş idarecidir. Sözgeşi, herhangi bir işletmede üretim faaliyetlerinin yürütüldüğü üretim bölümünün yöneticisi bir fonksiyonel yöneticidir. Proje yöneticisi ise belirli bir malin (veya hizmetin) üretilmesiyle ilgili her türlü faaliyetin, planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir (Tengilimoğlu, 2012: 180).

Hastanelerde faaliyetler tıbbi hizmetler ve hemşirelik hizmetleri şeklinde gruplandırılarak, örgütlenmeyi ifade etmektedir. Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinde sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerin, kendi içinde dahiliye, hariciye, göz hastalıkları şeklinde gruplandırılması ise hizmet esasına göre gruplandırmayı ifade etmekte ve “proje organizasyonuna” esas oluşturmaktadır. Burada, projenin konusu belirli türde hastaların tedavi edilmesidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Sözgeşi, KBB hastalıkları servisinde bir hastanın tedavisi bir projedir. Çünkü hastalara verilen tedavi “şahsileştirilmiş” tedavidir. Bir KBB hastasının tedavisinde uygulanan usuller ve tedaviye katılan elemanlar; başka bir KBB hastasının tedavisinden farklı olabilmektedir. Bir hastanın tedavisinde yalnızca hekim ve hemşire yer alabilirken, başka bir hastanın tedavisinde hekim, hemşire, ameliyathane ve fizik-tedavi ve rehabilitasyon bölümü personeli de sosyal hizmet uzmanı da yer alabilmektedir. Uygulanan tedavi “şahsileştirilmiş tedavi” olduğundan, her hasta hekim için projedir: Projenin sorumlusu ve yöneticisi de, hastanın hekimidir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise

hizmetin, yürütülmesi açısından hekime tedarik ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur (Tengilimoğlu, 2012: 180).

2.3.4. Hastane İşletmeleri 7/24 Hizmet Veren İşletmelerdir

Hastaneye gelen her hastanın durumu reddedilemezlik ve tedavi işlemleri acillik gösterdiğinden ve hastanede yatarak tedavi gören hastaların tedavi ve bakım sürecinin devam ettirilebilmesi için, hastaneler 7/24 hizmet veren işletmeler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Tüm gün hizmet verilebilmesi için kimi personel vardiya usulü kimisi ise nöbet usulü çalışmaktadır. (Tengilimoğlu, 2012: 181; Sur, 2005).

2.3.5. Hastaneler, Çalışanlarının Büyük Bir Kısmı Bayanlardan Oluşan İşletmelerdir

Hastanedeki insan gücünün önemli bir bölümü bayanlardan oluşmaktadır. Bu durum hastaneler açısından bir takım sorunları beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda hastanelerde bayan personel tercih edilmemesinin temel sebebi, bayan personel arasındaki devir hızının yüksek olmasıdır. Yani, akşam ve gece vardiyalarında ya da tatil günlerinde çalışılması bayan personel için daha fazla sorun olduğundan, bu duruma maruz kalan bayan personelin devir hızı da yüksek olmaktadır (Tengilimoğlu, 2012: 181; Mohammad – Taşkiran, 2007: 71).

2.4. Hastanelerin Amaçları

Hastanelerin birçok amacı bulunmasına rağmen bu amaçlar içerisinde “hasta beklentilerinin karşılanması” en önemli temel amaç olarak kabul edilir. Bu temel amaç, her türlü koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken tanı / teşhis, hızlı ve etkili tedavi yöntemlerini kullanarak hastanın en kısa sürede tekrar sağlıklı konumuna getirilmesi amaçlanır. Bu amacı gerçekleştirirken eldeki kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması hasta ve toplum tatmininin sağlanması gerekmektedir. Çünkü tedavi edici hizmetler sağlık bütçesinin önemli bir bölümünü kullanmaktadır. Bu temel amacın yanında literatürde birtakım amaçlar da farklı şekillerde tanımlanmaktadır.

Akar tarafından hastanelerin amaçları, genel amaçlar ve özel amaçlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır (Akar ve Özalp, 2007: 150 - 151).

1. Hastanelerin Genel Amaçları:

- a. Karlılık amacı
- b. Sosyal sorumluluk amacı
- c. Varlığının sürekliliği amacı

2. Hastanelerin Özel Amaçları

- a. Gerekli sağlık hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine sunmak
- b. Koruyucu sağlık hizmetlerini üretmek
- c. Çevre sağlığı ile ilgili hizmetleri üretmek

- d. Ürettiği sağlık hizmetlerini, topluma kaliteli ve düşük maliyetli sunmak
- e. Hizmetlerde verimlilik ve etkililik ilkelerine göre çalışmak
- f. AR – GE çalışmaları yapmak
- g. Sağlıkla ilgili eğitim faaliyetlerini yapmak
- h. Sağlık sektöründe yeni iş ve istihdam olanakları oluşturmak

2.5. Hastanelerin Fonksiyonları

Literatürde, hastanelerin fonksiyonları, değişik şekillerde sınıflandırılmakla beraber aşağıda yer verilen temel fonksiyonlarıyla değerlendirilebilir;

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Üretimi Fonksiyonu

Belirtildiği üzere hastanelerin ana fonksiyonu; hastalara, yaralılara, sağlık durumunu kontrol ettirmeye isteyenlere, ayakta ya da yatarak gözlem, muayene, tetkik, teşhis, dâhili ve cerrahi tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmeti vermektir. Bu bağlamda da hastaneler; toplum sağlığı ile ilgili olarak bağışıklama, tarama vb. gibi harici birtakım sağlık hizmeti üretimleri ile ilgilenen işletmelerdir (Akar ve Özalp, 2009: 152 ; Kömürcü, 2006: 43).

2.5.2. Tıbbi Fonksiyonlar

Tıbbi fonksiyonlar; hastanelerde hastalara, sağlık durumlarının kontrol altında olmasını isteyenlere ve kısa süreli de olsa sağlık sorunları / şikayetleri ile karşı karşıya olan kişilere tıbbi tedavi, teşhis,

gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik ve ameliyathane hizmetleri gibi hizmetlerin verilmesini ifade etmektedir (Ak, 2010: 6).

2.5.3. Eğitim fonksiyonu

Hastanelerde eğitim fonksiyonu; genel anlamda tüm hastane personeline yönelik olarak sürdürülen eğitim – öğretim ve yetiştirme – geliştirme faaliyetlerinin tümünü kapsamaktadır. Bu kapsamda hastane personelinin, yükümlü oldukları işlerle / görevlerle ilgili olarak edinmek durumunda oldukları tüm bilgi, birikim ve beceriler; hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastalara ve hasta yakınlarına karşı daha duyarlı yaklaşımlarını sağlamaya yönelik tüm faaliyetler; toplumun genel olarak nüfus planlaması, aile planlaması, çocuk gelişimi ve bakımı konularında bilgilendirilmesi vb. hastanelerin eğitim fonksiyonu bağlamında değerlendirilmektedir (Ak, 2010: 77).

Bu belirlemeler doğrultusunda görülmektedir ki; özünde aslında hastaneler de bir “eğitim kurumu” olma niteliğine sahiptir ve bu kapsamda verilen eğitimler de, sadece hastanenin kendi personeline yönelik olarak değil, genel anlamda toplumun bilgilendirilmesine yönelik verilmektedir.

2.5.4. Araştırma ve geliştirme fonksiyonu

Özellikle günümüz itibariyle söz konusu olmaya başlayan farklı birtakım hastalıkların / rahatsızlıkların, insan vücudunu farklı şekillerde etkilemesi söz konusudur. Bu nedenledir ki hastaneler de, bu hastalıkların ortaya çıkarılmasında ve bu doğrultuda tedavi

edilmesinde araştırma ve geliştirme önem arz etmektedir. Çünkü hastaneler, aynı zamanda “Araştırma – Geliştirme (AR – GE) Fonksiyonu” ile “klinik içi” ve “klinik dışı” her türlü saha araştırmalarını yönetmekte ve bu araştırmalar, tıp biliminin araştırma niteliği bağlamında gerçekleştirildiğinden, diğer bilim dallarında söz konusu edilen araştırmalardan daha yoğun ve kapsamlı bir şekilde yapılmaktadır.

Bilindiği üzere tıp bilimi, salt “kuramsal (teorik)” bir alan değildir. Hatta bilakis hastanelerin ameliyathanelerinde ve laboratuvarlarında yapılan “deneysel (ampirik)” çalışmalar, tıpla ilgili farklı teşhis ve tedavi usullerinin geliştirilmesinde büyük katkılar sağlamaktadır (Ak, 2010: 77).

Bu doğrultuda hastanelerin birçoğunda, ayrı bir departman olarak çalışmalarını devam ettiren “AR – GE” birimleri oluşturulduğu görülmektedir. Eğer bir hastanede “AR – GE Birimi” ayrı bir departman olarak faaliyet vermemekteyse de, bu durumda araştırma – geliştirme ile ilgili tüm fonksiyonların, ilgili servislere yüklenmesi söz konusudur. Bu kapsamda her serviste görev yapan çalışanlardan, kendi alanları ile ilgili yayın ve araştırmaları takip etmeleri ve aynı doğrultuda yayın ve araştırma faaliyetlerinde bulunmaları beklenir (Seçim, 2005: 8).

2.5.5. Teknik fonksiyonlar

Teknik fonksiyonlar; hastanelerdeki her türlü araç – gereç ve malzemenin bakımı, onarımı ve fiziksel ortamının temin edilmesi, hastaların yemek ihtiyaçlarının karşılanması, çamaşırhane

hizmetlerinin verilmesi, hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde berber hizmetlerinin verilmesi vb. gibi birtakım fonksiyonları ifade etmektedir. Bu fonksiyonlar, hastanelerin hasta ihtiyaçlarını kombine bir şekilde karşılayabilmesi adına, olmazsa olmaz olarak nitelendirilen hizmetler arasında değerlendirilmektedir (Seçim, 2005: 12).

2.5.6. Mali fonksiyonlar

Mali fonksiyonlar; hastanelerin, hastane personeli ve hastalar adına söz konusu edilmesi gereken tüm mali iş ve işlemlerini kapsamaktadır. Bu bağlamda hastalar ve tüm hastane personeli için ya da hastanenin tüm iş ve işleyişlerini yerine getirmesi adına alınması gerekli tüm malzemeler ve ihtiyaçların karşılanması için yapılması gereken tüm giderler, haricinde de bunların yerine getirilebilmesi adına gerekli olan mali destekler, hastanelerin mali fonksiyonları bağlamında değerlendirilmektedir (Ak, 2010: 75).

2.5.7. İdari fonksiyonlar

İdari fonksiyonlar, sadece hastaneler için değil, tüm kurum ve kuruluşlar için söz konusu edilen fonksiyonlar arasında yer almaktadır. Bu yönüyle de idari fonksiyonlar; planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon, denetim ve karar verme gibi birtakım yönetim fonksiyonlarının yerine getirilmesini ifade etmektedir ki; hastanelerin de belirli bir düzenlilik içerisinde faaliyetlerini yerine getirebilmesi adına, söz konusu edilen bu idari fonksiyonları düzenlemesi gerekmektedir (Ak, 2010: 76).

2.5.8. Otelcilik fonksiyonları

Hastanelerdeki sunulan sağlık hizmetini çıkardığımızda geriye sadece otelcilik hizmetleri kalmaktadır. Temizlik, yemek, güvenlik, konfor gibi hizmetler, temel otelcilik hizmetleridir. Hastanelerde bu hizmetleri düzenleyen ev idareleri birimleri bulunmaktadır.

2.5.9. Koruyucu hekimlik fonksiyonları

Hastanelerde tedavi edici hekimliğin yanı sıra koruyucu hekimlik hizmetleri de verilmektedir. Koruyucu hekimlik, tedavi edilsin ya da edilmesin, hastalık çeşitlerinin gelişmesini imkanlar ölçüsünde önlemek ve var olan imkanları kullanarak insanların, toplumun hastalanmasını önlemek amacı güder.

2.6. Hastane Kaynakları

Hastaneler de tüm işletmelerde olduğu gibi amaçlarına ulaşabilmek için birtakım üretim faktörlerine gereksinim duyarlar. Sağlık hizmeti üretiminde bu üretim faktörlerini bir araya getirerek kullanırlar. Bu kaynaklar şöyle verilebilir (Akar ve Özalp, 2009: 156 ; Ak, 1990: 78)

2.6.1. İnsan gücü

Hastaneler birer hizmet üreten işletmeler oldukları için, emek yoğun çalışırlar. Bu sebepten dolayı hastanelerin en önemli kaynağı insan gücüdür. Hastaneler, İnsan gücü sayısı ve mesleki çeşitliliği bakımından diğer işletmelere göre daha çok sayıda personele ihtiyaç duyarlar. İnsan kaynaklarının en önemli bölümünü asıl sağlık

Çalışanları yani hekim, hemşireler oluşturmaktadır. Yardımcı sağlık çalışanları, idari ve teknik çalışanlarda hastanelerin önemli insan gücü kaynakları arasındadır. Bu insan gücü hastanedeki finansal giderlerin en önemli kalemini oluşturmaktadır.

2.6.2. Para

Tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde üretimlerini başlatıp devam ettirebilmek için paraya gereksinim duyarlar. Para insan gücü, tıbbi malzeme, makine, bina gibi temel kaynakların hastaneye alınması, üretiminin gerçekleştirilmesi ve üretilen hizmetlerin pazarlanması için gerekli olan temel kaynaktır. Bu nedenle faaliyetlerini sürdürebilmek için yüksek miktarda parasal kaynağa destek duyarlar.

2.6.3. Zaman

Hastanelerde sağlık hizmeti üretiminde zaman yönetimi çok önemlidir. Bu nedenle zamanın iyi kullanılması, gereksiz tekrarlara yer verilmemesi gibi unsurlar hastaneler, sağlık çalışanları ve hastalar için çok önemlidir. Hastanelerde zaman unsurunun kötü kullanılması, geri getirilmesi mümkün olmayan bir kaynak olup, bir insanın sakat kalması ya da bedelini bir insan hayatı ile ödemesine sebep olabilir.

2.6.4. Makine ve malzeme

Hastanelerde sağlık hizmeti üretiminde kullanılan her türlü mamul, yarı mamul, malzeme, ekipmanlar hastanelerin makine ve malzeme kaynaklarıdır. Serum, ilaçlar, tansiyon aletleri, enjektörler,

MR cihazları vb. şeyler hastanelerin makine ve malzemelerini oluşturmaktadır. Bu malzeme ve ekipmanlar olmadan sağlık hizmeti sunumu kaliteli olarak yapılamaz.

2.6.5. Yer ve bina

Bir sağlık tesisinin, bir bölgeye yerleştirilmesi ve iç dizaynının yapılması sağlık kurumları yöneticilerinin günlük karar verdikleri bir durum değildir. Bununla birlikte bu sorun üzerinde çalışma bir sağlık kurumu için çok önemlidir. Günümüz hastane tesislerinin kendi stratejik yapısının yanı sıra, karmaşık yapısı, sağlık sektöründeki artan rekabet ortamı gibi konular bir hastanenin yerinin seçimini ya da hastane içinin yerleştirilmesi hayati öneme sahip ve telafisi çok zor olan bir karar alma sürecidir (Özcan, 2009: 81).

Hastanelerde yer seçimi ile tesis edilecek hastane binasının mimarisi ve hastane içindeki polikliniklerin, kliniklerin, büroların, ameliyathanelerin vb birimlerin yerleştirilmesi akla gelebilen konulardır.

Öncelikle, hastane binalarının konumu ve yer seçimi büyük önem taşımaktadır. Yer seçimi iyi yapılmış hastanelerin, konum itibarıyla hem hızlı hem de iyi sağlık hizmeti sunabilmeleri için önemli bir sorunu hallettikleri kabul edilir. Yer seçiminde başarısız olan sağlık kuruluşlarında ise ilk sorun ulaşımda ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe hastaların en kısa sürede hastaneye ulaşmaları kadar personelin ulaşımı da önemlidir. Bu yönüyle sağlık yöneticileri, yer seçimi planlamasında, diğer sektör yöneticilerinden daha titiz davranmak durumundadırlar (Aydın ve Diğerleri, 2009: 69).

Hastanelerde sağlık hizmeti sunumu aşamasında bina üzerinde birçok iyileştirme, tadilat, tamirat yapılabilirken, hastanenin kuruluş yerinin değiştirilmesi genellikle mümkün olmayan, zor bir süreç olmaktadır. Bu sebeple, hastane tesis edilirken yeri seçimi, çok ciddi ęalıřmalar ve yöntemler kullanılarak planlanmalıdır.

Hastane yer seçiminden sonra yapılması gereken bir diğer önemli ęalıřmada, hastane içerisindeki bölümlerin verimliliğe ve minimum maliyete göre yerleştirilmesidir. Verimliliğe örnek olarak ameliyathane ile uyandırma odasının birbirinin yakınında olması ya da ęamařırhane ile polikliniklerin hemen yan yana olmaması gibi. Minimum maliyete örnek olarak bölgeler arasında mesafe kısaltarak zaman tasarrufu sağlama ya da benzer işlerin birlikte yapılması örnek olarak verilebilir.

Özcan'a göre tesis yerleştirme üç şekilde yapılabilir (Özcan, 2009: 104):

1. Ürüne göre yerleştirme
2. Sürece göre yerleştirme
3. Sabit konumlu yerleştirme

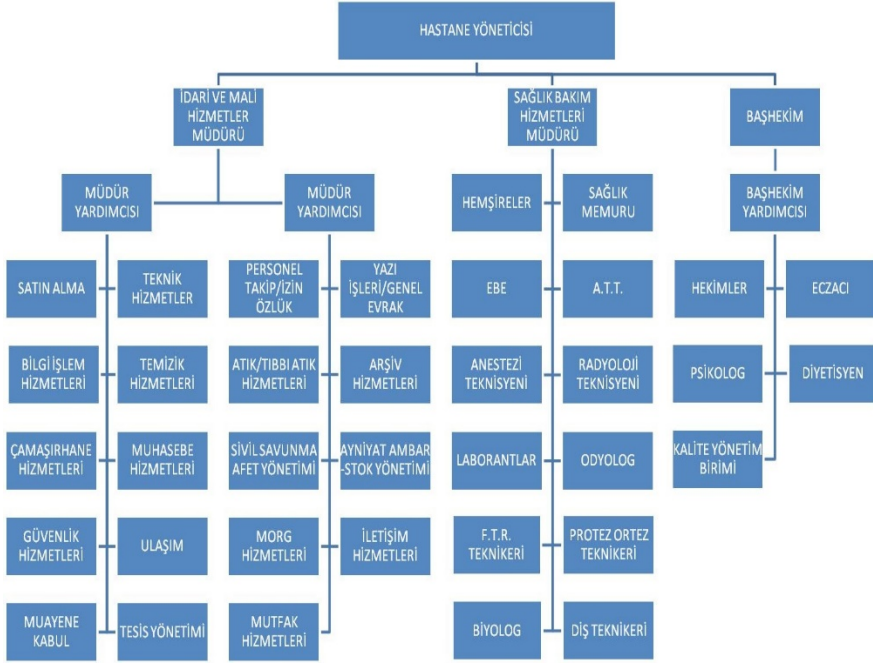
2.7. Hastanelerde Organizasyon

Hastanelerde organizasyon yapılarına bakıldığında bir bütünlük görülememektedir. Bunun en önemli nedeni, hastanelerin mülkiyet ve yönetim anlayışındaki farklılıklardan kaynaklandığını söyleyebiliriz. şanlıurfa ili Kamu Hastaneler Genel Sekreterliğine bağlı devlet hastanesi organizasyon şeması, şekil 2.1.'de verilmektedir.

Şekil 2.1. incelendiğinde; büyük hastanelerde görevlendirilen hastane yöneticisinin, hastanenin idaresinden birinci derecede sorumlu kişi olduğu görülmektedir. Hastane yöneticisi, il kamu hastanesi genel sekreterliğine doğrudan bağlı olup, hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun bir şekilde yürütülmesinden sorumludur. Hastane yöneticileri, il genel sekreterin teklifi ile sözleşmeli olarak görev yaparlar. Hastane yöneticisinin performans durumuna bağlı olarak sözleşme süreleri 4 yıla kadar olabilmektedir. Hastane yöneticisinin performansının yeterli görülmediği durumlarda, sözleşmesi, sözleşme süresinden önce sona erdirilebilir.

İl genel sekreterliği tarafından, hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak, hastanenin yönetimi belirli sayıdaki kişilere verilir. Hastane yöneticileri büyük hastanelerde görevlendirilirken, bunların yanında hastane yönetimine yardımcı olmaları için başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdür ve müdür yardımcıları görevlendirilir. Hastane müdürlükleri sayısı dörde kadar çıkarılabilir. Müdürlerde sözleşmeli olarak çalışırlar. İnsan kaynakları, satın alma, teknik hizmetler, temizlik hizmetleri, güvenlik hizmetleri gibi bölümlerin işleyişinden ilgili birim amirleri sorumludur. Birim amirleri, ilgili idari ve mali hizmetler müdür yardımcısı ve müdürüne doğrudan bağlı olarak çalışırlar.

Şekil 2.1. Kamu Hastaneleri Şanlıurfa İl Hastane Organizasyon Şeması



Kaynak: Şanlıurfa Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği

3. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ VE KAPSAMI

3.1. İnsan Kaynakları Yönetimi Kavramı Ve Tanımı

“İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY – Human Resource Management – HRM)”, genel olarak kurumlarda çalışan bireylerin ihtiyaçlarının giderilmesine yönelmiş bir anlayışı ifade etmektedir (Armstrong, 2006: 3). Bu ihtiyaçların giderilmesi ile örgütün belirlenen hedeflerine ulaşmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

İKY, 1980’li yıllarda ortaya çıkan bir yaklaşım olmakla birlikte, örgütsel ortamda insana yönelik yaklaşımlarda bulunulması anlayışı çok daha eskilere dayanmaktadır (Armstrong, 2006/a: 29). Ancak İKY; insanı temel alan ve onun daha etkin, verimli, yararlı ve üretken olmasını sağlayabilmek adına iş doyumunu yaşamasını ve genel anlamda da mutlu olmasını sağlamayı hedefleyen daha kapsamlı bir süreci ifade etmesi bakımından farklılık göstermektedir.

İKY; çalışma ortamında kişinin işe alınmasından, oryantasyon eğitimine tabi tutulmasına, ücret ayarlamasında bulunulmasından işyeri ile olan hukuki bağa, verimliliğe, performans değerlemesine, maddi ve sosyal ihtiyaçların karşılanmasına ve işten ayrılmaya kadar olan tüm süreçleri içeren uygulamaları kapsamaktadır (Palmer& Winters, 1993: 93).

Bu temelde İKY; genel olarak kurumdaki insan ilişkilerini ele alan, oldukça karmaşık ve kapsamlı bir alanı / süreci ifade etmektedir (Akgün, 2008: 23). Bu sürecin karmaşık ve kapsamlı olmasının temelinde, insan ilişkilerinin bütünsel olarak ele alınıp, incelenmesi yatmaktadır. Zira insan ilişkilerinin tanımlanmasındaki zorluk,

İKY'nin de tanımlanmasını ve kapsamının sınırlandırılmasını zorlaştırmaktadır.

İKY, büyüklük ve kullanılan teknoloji ne olursa olsun, her kurumdaki en önemli ögenin insan olduğu anlayışı üzerine kurulmuştur (Yüksel, 2008: 29). Bu durum, aynı amacın gerçekleştirilmesi için bir araya gelerek örgütü oluşturan insanlar arasındaki ilişkilerin, farklı bir gözle ve yeniden ele alınmasını gerektirmektedir. Çünkü klasik personel yönetimi yaklaşım ve uygulamaları, günümüz organizasyonlarında işgören ilişkilerinin gerektirdiği yeni ihtiyaçları karşılamada yetersiz kalmaktadır.

İKY, personel yönetimi işlevlerini de içeren, ancak bununla sınırlı kalmayan bir perspektife sahiptir (Boxall, Purcell & Wright, 2007: 48). Bu bağlamda İKY'nin temel amacı; kurumun hedeflerine en verimli şekilde ulaştırılmasını sağlamak ve bunun gerçekleştirilebilmesi için de, insanın en önemli rolü oynadığı inancına sahip olmaktır. Böylece İKY, işle ilgili sorunlar ve insan ilişkileri üzerinde yoğunlaşarak, kurumun geleceğe hazırlanmasını ve başarılı olmasını sağlamaya çalışmaktadır.

3.2. İnsan Kaynakları Yönetiminin Amacı

Günümüzde küreselleşme ekonomik, siyasi, sosyal ve kültürel alanlarda etkilerini açık bir biçimde hissettirirken, işletmelerin uluslararası pazarla bütünleşmesi de kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu bağlamda işletmeler, bir yandan yeni teknolojileri takip etmekte, diğer yandan da finansal yapılarını güçlendirmeye çalışmaktadırlar. Tüm

bunlarla olumlu sonuçlar alınmasına rağmen yinede bunların yeterli olmadığı / olamadığı görülmektedir (Nickson, 2007: 26).

Bu nokta da, özellikle “insan odaklı” anlayışların, grup esasına dayalı düşünce ve davranış sistemlerine dayalı yeni üretim ve yönetim teknikleri, yaygın bir şekilde tercih edilir hale gelmekte ve işletmelerin finansal sermayeleri yanında, insan sermayesi ile daha fazla rekabet gücü kazanma çabası içerisinde olduğu bilinmektedir. İnsan unsuruna farklı bir bakış açısı ile bakılmasının temelinde yer alan İKY bağlamındaki işlevler, bu yönüyle diğer birtakım faktörlerden daha etkili olmakta ve dolayısıyla da işletmenin rekabet gücünü artırabilmektedir (Bakan, Eytmiş ve Demir, 2011).

İnsanın bir maliyet unsuru değil, geliştirilmesi ve daha fazla önemsenmesi gereken bir kaynak olduğu, grup halinde çalışmaya teşvik edilmesi ve grup ve kendisi adına en uygun davranışa yönltilmesi, eğitim olanaklarının en üst düzeye çıkartılması, işletmeyle bütünleştirme çabaları ve çalışan memnuniyetinin artırılması ile ilgili birtakım süreçler, bu çerçevede İKY'nin temel işlevleri arasında değerlendirilmektedir. Zira ancak bu şekilde “insan unsuru”, işletme için bir tüketim ya da harcama değil, bir yatırım değeri olarak görülebilmektedir (De Silva, 2014: 3)

Bu yönüyle İKY; işletmelerin genel plan ve stratejilerinin bir parçası haline gelebilmekte ve insan kaynakları planlaması çerçevesinde insan kaynağının sağlanması, eğitimi ve geliştirilmesi, kariyer planlaması, performans değerlendirmesi, ücretlendirme, işletme kültürünün yerleştirilmesi, çalışanların motivasyonlarını artırma, sağlık ve güvenliklerinin sağlanması ve endüstri ilişkilerine

yönelik anlaşmazlıkların giderilmesi yönündeki çalışmaların içerisinde bulunabilmektedir (Mishra & Akman, 2010: 245)

3.3. İnsan Kaynakları Yönetiminin Fonksiyonları

3.3.1. İnsan kaynakları planlaması

“İnsan Kaynakları Planlaması”; işletmelerin amaçlarına ulaşması için, yapılacak işleri ve bu işleri yapacak personeli belirlemesi, personel organizasyonunun konusunu oluşturmaktadır (Buğra, 2003: 44). Bu nedenle işletmelerin, insan kaynakları planlamasına yönelik uygulamalarını değerlendirmek için; personel organizasyonunu ne şekilde oluşturduğuna, hangi araç ve yöntemleri kullandığına da bakmak kaçınılmaz olmak durumundadır.

İşletmelerin gelecekte duyduğu personel ihtiyacını sayı ve nitelik olarak belirlemesi, insan kaynakları planlamasının konusunu oluşturmaktadır (Domsch & Hristozoba, 2006: 3). Bu anlamda insan kaynakları planlaması, dinamik bir personel organizasyonunu ifade etmektedir ve örgüt vizyonu ve hedeflerine bağlı olarak şekillenmektedir.

3.3.2. İnsan kaynakları seçimi

Örgüt, amaçlarına uygun personelle çalışmak zorundadır. Bu sebeple, işe eleman alırken, işe uygun eleman alma kriterlerini gözetmelidir. Bir başka deyişle, örgütün niteliğe dayanan ihtiyaçlarına göre uygun işgücünün işe alınması gerekir (Domsch & Hristozoba, 2006).İnsan Kaynakları Planlaması’nda, işe alma sürecinde öncelikli konu; arzu edilen adayların yeterli sayıda başvuru yapmalarını

sağlama, işe alma ihtiyaçlarını tanımlama, geçerli seçme yöntemlerine başvurma ve yeni işe alınanların deneme sürecini kolaylaştırmak için uygulanan stratejileri oluşturmaktır (Dussault & Dubois, 2004).

Bir firmanın mevcut personelinin nitelikleri, büyük ölçüde işe alım sistemine bağlıdır. Diğer bir deyişle, iyi bir işe alım sistemi kuran ve bu sistemi, başarılı bir şekilde uygulayarak personelinin ihtiyaçlarına uygun olarak seçen firmalar, İKY uygulamaları için de iyi bir başlangıç yapmış olurlar (Bayraktaroğlu, 2006: 225).

3.3.3. İnsan kaynaklarının eğitimi ve geliştirilmesi

Örgütler, istihdam etmekte oldukları personeli zaman zaman beceri ve yeteneklerini geliştirmek amacıyla eğitmek zorunda kalmaktadırlar. Bu ihtiyaç, hem yeni teknolojik gelişmelerden hem de çalışanları örgüte daha bağımlı kılmak ihtiyacından doğmaktadır. Böylece personelin niteliklerini artırmakla, örgütsel etkinliğin de artması amaçlanmaktadır (Dussault & Dubois, 2004).

Eğitim yapılacak alan ve konuların belirlenmesi, eğitim programlarının geliştirilmesi, eğitim planının hazırlanması, çalışanların eğitim ihtiyaçlarının saptanması ve eğitim alacak olanların seçilmesi, eğitimlerin politika plan ve programlar dâhilinde icra edilmesi, Eğitim Yönetimi'nin konusunu oluşturmaktadır (Erdoğan, 2003: 101). Uygulamalar açısından da, bu kadar içi içe geçmiş bir başka süreç yoktur. İnsan Kaynakları Yönetimi de bu çerçevede, hem Eğitim Yönetimi sürecine girdi sağlar, hem de sonuçlarından yararlanır.

Eğitim Yönetimi ve İKY süreçlerinin her ikisi de, örgütün insan kaynaklarının geliştirilmesini nihai hedef olarak alır (Gümüş, 2012: 254). Yalnız Eğitim Yönetimi'nin çıkış noktası, kurumsal eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. İnsan Kaynakları Yönetimi'nin çıkış noktası ise, çalışanların mesleki gelişimidir (Dussault & Dubois, 2004). Bu bağlamda, aynı nihai hedefe yönelen bu iki sürecin, birçok kesişim noktasının bulunması da olağandır.

3.3.4. Kariyer yönetimi

Kariyer kavramının ele alınmasıyla birlikte; “Kariyer Planlaması ve Yönetimi”, “Kariyer Aşamaları”, “Kariyer Geliştirme”, “Kariyer Seçimi”, “Kariyer Platosu” ve “Kariyer Danışmanlığı” gibi kavramlar da literatüre kazandırılmıştır (Akın, 2001: 98). “Kariyer” kavramı kullanıldığında, herkesin aklında değişik tanımlar oluşmaktadır. Bu kavramlaştırmalar basit olabileceği gibi, karmaşık da olabilmektedir.

Örgüt personeli, hem örgüt içindeki hem de örgüt dışındaki rekabetçi ortamdan etkilenmektedir. Örgüt organizasyon yapısının yükselme ve gelişmeye cevap verme gücüne bağlı olarak, örgüt içi kariyer geliştirme arzusu artmakta, bu da örgütü dış çevrede daha güçlü kılmaktadır (Aktel, 2006: 121). İşte bu ortamda, “Kariyer Yönetimi” kavramı doğmaktadır. Başka bir deyişle örgüt tarafından, kariyerin yönetilmesi gereken bir olgu olduğu anlayışına bizi götürmektedir.

3.3.5. Performans yönetimi

Çalışanların örgüt hedeflerinin gerçekleştirilmesine sağladığı katkının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, Performans Yönetimi'nin konusunu oluşturmaktadır (Ararat ve Yurtoğlu, 2006: 43). Performans Yönetimi sürecinde, değerlendirilen dönem içerisinde bireylerin gösterdikleri performans sonuçlarının yanında, güçlü ve geliştirilmesi gereken yönleri ile daha iyi bir performans gösterilmesi için gerek duyulan eğitim ihtiyaçları gibi İnsan Kaynakları Yönetimi uygulamalarına temel teşkil eden sonuçlar da elde edilir (Rigoli & Dussault, 2003).

Örgütün Performans Yönetimi'nde kullandığı en önemli araç, "Performans Değerleme Sistemi"dir. Örgütün Performans Yönetimi politikası, uygulamakta olduğu "Performans Değerleme Sistemi"nde somut ifadesini bulur (Öğüt, 2012: 33). Performans Değerleme Sistemi'nde; değerlendirmeyi kimlerin, ne zaman ve nasıl yapacağı, kimlerin hangi faktörlere göre değerlendirileceği, değerlendirme sisteminin diğer insan kaynakları süreçleri ile ilişkileri ve değerlendirme sonuçlarının hangi süreçlerde ve nasıl kullanılacağı, örgütün Performans Yönetimi Politikası'na bağlı olarak değişir (Rigoli & Dussault, 2003).

3.3.6. Ücret yönetimi

Çalışanlara hangi periyotlarla, hangi ölçüte göre ve hangi miktarlarda ücret ödeneceği Ücret Yönetimi'nin konusunu oluşturmaktadır. Ücret Yönetimi'nin, iş analizlerinden elde edilen verilerle, yapılan iş değerlemesi sonuçlarına dayanması literatürde

kabul gören bir yöntemdir (Öğüt, 2012: 35). Buna göre, her bir pozisyonda yapılan işe (iş tanımı) ve o işin yapılması için gerekli niteliklere (iş nitelikleri) göre, o pozisyonun ücreti belirlenmektedir (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013).

Önemli Kariyer Yönetimi uygulaması olan terfi işlemi sonucunda, bireylerin pozisyonları ve buna bağlı olarak ücretleri de değişmektedir. Ayrıca bazı transfer ve yer değiştirmelerde, pozisyon düzeyi aynı kalmakla birlikte, bölgesel farklılıklardan dolayı ücret düzeyi de değişebilmektedir (Erdoğan, 2003: 103). İnsan Kaynakları Yönetimi uygulamalarından başarılı sonuçlar almak, kısmen örgütün pozisyonlar arasında kurduğu ücret dengesine, yani Ücret Yönetimi politika ve uygulamalarına da bağlıdır (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013).

3.3.7. Sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi

Tarihi gelişim süreci içerisinde İKY'den önceki personel uygulamaları, Personel Yönetimi'nin konusunu oluşturmaktaydı. Aslında günümüzdeki birçok insan kaynakları süreci, Personel Yönetimi'nin içinde de yer almaktaydı (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013).Ancak ülkemiz uygulamasında Personel Yönetimi denildiğinde, sadece İş ve Sosyal Güvenlik Mevzuatı uygulamaları anlaşılmaktaydı. Bu çerçevede, İş ve Sosyal Güvenlik Mevzuatı gereğince yapılması zorunlu bulunan İKY uygulamaları, “Özlük İşleri” olarak adlandırılabilir (Özgen, Öztürk ve Yalçın, 2005: 9).

“Özlük İşleri,” insan kaynakları uygulamalarının yasal çerçevesini çizmektedir. Örneğin; çalışanlara bölgesel yer değiştirmeyi, iş sözleşmesinde belirtilmemişse uygulamak söz konusu olamaz (Özgen, Öztürk ve Yalçın, 2005: 9 – 10).

3.4. Hastanelerde İnsan Kaynakları Yönetimi

Özellikle gelişmiş ülkeler bağlamında işletmelerde personel yönetimi uygulamalarının yetersiz kalmaya başlaması ile birlikte, daha geniş kapsamlı ve daha etkin rollerin yerine getirilmesini içeren İKY uygulamalarının devreye girmesi söz konusu olmaya başlamıştır (Gormley & McCaffery, 2013). Bu bağlamda diğer tüm örgütsel yapılanmalarda olduğu gibi hastanelerde İKY uygulamaları; örgütün amaçlarına ulaşabilmesi için insan kaynağının etkin, verimli ve doğru bir şekilde kullanılabilmesini ve yönlendirilebilmesini sağlamaya yönelik uygulamaları içermektedir.

Bu temelde hastanelerin başarılı olabilmeleri için anahtar bir etmen olarak görülen İKY uygulamaları, genel anlamda tüm örgütlerde olduğu gibi hastanelerde de geçmiş dönemlerden daha fazla önemsenmeye başlanmıştır (Gormley & McCaffery, 2013: 3). Zira içerisinde yer aldığımız 21. yüzyıl itibariyle hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri için, çok yönlü dönüşüme olanak sağlayacak olan İKY uygulamalarından yararlanmaları ve bu doğrultuda ileriye yönelik bir bakış açısına sahip olabilmeleri ön koşul olarak görülmektedir.

Hastanelerde İKY bağlamında söz konusu edilebilecek uygulamalar kapsamında personel sorunlarının, iş / istihdam politikalarının, ödüllendirme uygulamalarının, etik değerlere yönelik belirlemelerin, çalışanlar için adil ve güvenli bir örgüt iklimi tesis edilebilmesinin ve tüm bu belirlemelere yönelik değerlendirmelerde bulunulabilmesinin temelinde aşağıda verilen politikaların ve yönlendirmelerin yer alması adına hareket edilmesi gerektiği belirtilmektedir (HAF, 2009);

- ✓ İş analizleri yapılması;
- ✓ İşyerinin konumlandırılmasına yönelik planlamada bulunulması;
- ✓ Personel seçimi ve yerleştirilmesi sürecinin koordine edilmesi;
- ✓ Oryantasyon ve eğitim programları düzenlenmesi;
- ✓ Etkinlik değerlendirmelerinde bulunulması;
- ✓ Ücret Yönetimi ile ilgili belirlemelerde bulunulması;
- ✓ Personel teşviklerine yönelik belirlemelerde bulunulması;
- ✓ Personel iletişim sürecinin geliştirilmesine önem verilmesi;
- ✓ Personel iyileştirilmesine yönelik çalışmalarda bulunulması;
- ✓ Personelin örgütsel bağlılık ve örgütsel sadakat duygularının geliştirilmesi.

3.4.1. Hastanelerde insan kaynakları planlaması

Hastanelerde insan kaynakları planlaması; öncelikli olarak işgörenin sorumluluk kapsamında yer alan görev ve faaliyetlerin belirlenebilmesi ve işin yapıldığı koşulların belirginleştirilebilmesi amacıyla yapılmak durumundadır. Bu durumda işgörenin yapacağı / yapması beklenen iş tanımları, işin mevcut gerçeklerinin ve özelliklerinin belirlenerek, iş analizinin temel amaçları içerisinde yer almaktadır (Elarabi & Johari, 2014: 3 – 4).

Hastanelerde insan kaynakları planlaması, genel anlamda tüm karar alma işlemlerinde olduğu gibi, sağlık profesyonellerinin ya da sağlık profesyonelleri temsilcilerinin katılımının sağlanması doğrultusunda, işletme üst yönetimi tarafından yapılmaktadır (Dussault & Dubois, 2004). Bu bağlamda orta ölçekli hastanelerin bazılarında ya da büyük ölçekli hastanelerde insan kaynakları planlaması kapsamında yer alan yetkiler kısmen de olsa profesyonel yöneticilere ve/veya aaslara devredilmişken, küçük ölçekli hastanelerde bu yönde hareket edilmemektedir (Gormley & McCaffery, 2013).

3.4.2. Hastanelerde insan kaynakları seçimi

Hastaneler, sağlığın ya da sağlıklı olmanın insan yaşamındaki önemi dolayısıyla, insan kaynakları seçimine çok daha fazla özen gösterilmesi gereken işletmeler olarak değerlendirilmektedir (Rigoli & Dussault, 2003: 2). Zira nitelikli eleman temin edilememesi hastanelerin temel sorunları arasında yer almaktadır.

Bu bağlamda günümüzde özellikle bazı özel hastanelerin halen profesyonel bir yönetim anlayışı ile idare edilememesi dolayısıyla, ya bu hastanelerde insan kaynakları departmanı bulunmaması ya da resmi bir insan kaynakları yönetimi birimi olmaması, işe alım sürecinden aday bulunmasına dek tüm süreçlerin gereği gibi yapılmamasına neden olmaktadır (Gormley & McCaffery, 2013).

3.4.3. Hastanelerde insan kaynaklarının eğitimi ve geliştirilmesi

İşletmelerde insan kaynağının eğitilmesi ve geliştirilmesi, işgörenlerin belirli bir işin yapılmasına yönelik bilgi ve beceri düzeylerinin artırılmasına ve bu doğrultuda geliştirilmesine yönelik tüm sistemli uygulamalar kapsamında gerçekleştirildiğinden önem arz etmektedir (Gormley & McCaffery, 2013).

Bu bağlamda iyi hazırlanmış ve nitelikli bir eğitim programı, hem işletme yönetimi hem de işgörenler açısından birçok yararı beraberinde getirmiş olacaktır (Elarabi & Johari, 2014). Zira bu eğitim programı ile hem işgörenlerin hâlihazırda yapmakta oldukları işleri daha iyi yapabilme olanağına sahip olabilmeleri mümkün kılınabilmekte hem de daha üst görevlere yükselmelerine zemin hazırlanabilmektedir.

Bu doğrultuda özellikle günümüz itibariyle, daha fazla rekabet edebilirliğe sahip olabilmek adına işletmelerin, istihdam ettikleri işgörenlerin bilgi, beceri ve yetenek düzeylerini geliştirebilmeye yönelik olarak eğitim programları düzenlemeleri kaçınılmaz hale gelmiştir (Dussault & Dubois, 2004).

Bu durum, çok hızlı gerçekleşen teknolojik değişimlere ayak uydurmak durumunda olan hastaneler için de önem arz etmektedir (Elarabi & Johari, 2014). Zira değişimlere ayak uyduramamış sağlık çalışanları hastanelerin olması gereken verimlilik düzeyini yakalayabilmeleri konusunda gerekli gayreti göstermeyeceklerdir.

Bu doğrultuda görölmektedir ki; düzenlenen eğitim ve geliştirme programları doğrultusunda hastanelerde insan kaynaklarının eğitimi ve geliştirilmesi, işletme etkinliğinin artırılabilmesi açısından önemlidir (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013: 12 vd.). Bu eğitimlerin işletmenin her kademesinde görev yapan tüm sağlık profesyonelleri için düzenlenmesi ise, genel anlamda işletme yeteneklerinin ve kapasitesinin geliştirilmesi anlamına gelmiş olacak ve üretilen ürünler ve/veya sunulan hizmetler de o denli kaliteli olabilecektir (Elarabi & Johari, 2014).

3.4.4. Hastanelerde kariyer yönetimi

Kariyer Yönetimi, genel anlamda işgörenin kendisi ile ilgili kariyer planlarına ulaşabilmesi için içerisinde yer aldığı örgüt tarafından desteklenmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda işgörenin sadece iş yaşamı değil, aynı zamanda ve belki de daha çok özel yaşamı da kariyer planlarından etkilenmiş olacağından, Kariyer Yönetimi'nin bireylerin yaşamında ne denli önem arz ettiği de daha iyi anlaşılabilir (Elarabi & Johari, 2014).

Hastaneler bağlamında değerlendirildiğinde ise görölmektedir ki; profesyonel yönetim anlayışına sahip olmayan hastanelerde, Kariyer Yönetimi kapsamındaki uygulamalara da çok fazla yer

verilememektedir (Kumar & Khan, 2013). Oysa işgörenlerin kariyer planlarına ulaşmaları işletme açısından da verimlilik artışı sağlayacağından, bu yönüyle hastanelerde Kariyer Yönetimi kapsamında uygulamalara önem verilmesi önemli olacaktır.

Hastanelerde Kariyer Yönetimi ile ilgili süreçlerin yürütülmesinde örgüte, işgörene ve yöneticilere ilişkin roller şu şekilde ifade edilmektedir;

3.4.4.1. Hastanelerde kariyer yönetimi süreci ve örgüte ilişkin roller

- Sağlık profesyonellerinin kariyer planlarını uygulayabilmelerine yönelik eğitim ve geliştirme programları düzenlenmelidir (Gormley & McCaffery, 2013).
- Örgütsel yapılanma içerisinde etkin yerleştirme fonksiyonuna yönelik belirlemelerde bulunulmalıdır (Kumar & Khan, 2013).
- Örgütsel yapılanma içerisinde profesyonel uygulamaların gerçekleştirilmesini sağlayabilecek bir İKY Departmanı oluşturulmalıdır (Gormley & McCaffery, 2013).
- Sağlık profesyonellerinin mesleki eğitim anlamında desteklenebilmelerine yönelik olarak hizmet içi eğitim programları düzenlemeli ve/veya bu yönde eğitim veren kurumlardan eğitim almaları sağlanmalıdır (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013).

3.4.4.2. Hastanelerde Kariyer Yönetimi Süreci ve Sağlık

Profesyonellerine İlişkin Roller

- Sağlık profesyonellerinin bireysel anlamda kendini tanıması ve yetenek ve kapasitelerini iyi analiz etmesi söz konusu olmalıdır (Gormley & McCaffery, 2013).
- Sağlık profesyonelinin kendisi ile ilgili doğru değerlendirmelerde bulunabilmesi söz konusu olmalıdır (Kumar & Khan, 2013).
- Sağlık profesyonellerinin bireysel amaçlarını belirlemede doğru tespitlerde bulunabilmesi söz konusu olmalıdır (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013).
- Sağlık profesyonellerinin, kariyer planlarını uygulamaya koyma noktasında işletme yöneticisi ile paylaşım içerisinde bulunması söz konusu olmalıdır (Gormley & McCaffery, 2013).
- Sağlık profesyonellerinin kariyer planlarını geliştirebilmeye yönelik geniş bir vizyona sahip olması söz konusu olmalıdır (Kumar & Khan, 2013).
- Sağlık profesyonellerinin, kariyer planlarını uygulamaya koyması sürecinde kendisi için söz konusu olabilecek fırsat ve tehditleri doğru ve objektif değerlendirebilmesi söz konusu olmalıdır (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013).

3.4.4.3. Hastane İşletmelerinde Kariyer Yönetimi Süreci ve Yöneticilere İlişkin Roller

- Yöneticilerin, sağlık profesyonellerinin performans analizlerini objektif kriterlere göre yapmaları söz konusu olmalıdır (Gormley & McCaffery, 2013).
- Yöneticilerin, yeri geldiğinde sağlık profesyonellerinin kariyer planlarını uygulamaya koyma sürecinde rehberlik ve danışmanlık yapmaları söz konusu olmalıdır (Kumar & Khan, 2013).
- Yöneticilerin, sağlık profesyonellerinin taleplerini karşılayabilecek düzeyde bir geribildirim sistemini sağlayabilmeleri söz konusu olmalıdır (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013).
- Yöneticilerin, sağlık profesyonelleri ile yönetim arasındaki bilgi akışını sağlamaya ve kontrol etmeye yönelik uygulamalarda bulunmaları söz konusu olmalıdır (Gormley & McCaffery, 2013).
- Yöneticilerin, genel anlamda örgütsel yapılanmaya yönelik sisteminin bütünlüğünü sağlayabilmeleri ve buna uygun örgüt iklimini tesis edebilmeleri söz konusu olmalıdır (Kumar & Khan, 2013).

3.4.5. Hastanelerde performans yönetimi

Özellikle günümüz itibariyle, önceki dönemlere göre, her alanda çok daha büyük gelişmelere ve değişimlere sahne olduğumuzu söylemek yanlış olmayacaktır. Artan rekabet ortamında; örgütlerin yapılarının ve işlevlerinin değişmesi, örgüt içerisinde işgörenin öneminin artması, işgörenin gereksinimlerinin çeşitlenmesi ve işgörene bakış tarzının farklılaşması olarak kendisini göstermektedir (Marsden, Caffrey & McCaffery, 2013). Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin kurumlarına katkısının artırılması, mesleki ve kişisel gelişimin de önemini artırmakta ve buna bağlı olarak işgörenin performansının etkin bir şekilde yönetilmesini gerekli kılmaktadır.

Performans Yönetimi'nin genel amacı; örgütün etkinliklerini, kendi becerilerini ve katkılarını sürekli iyileştirmeleri için, bireylerin ve grupların sorumluluk üstlendikleri bir kültür oluşturmak olarak ifade edilmektedir (Necochea, Badlani & Bossemeyer, 2013: 34). Performans Yönetimi süreci içerisinde; örgütün tüm üyeleri bir hiyerarşi içerisinde değil, takım arkadaşları olarak görülmekte, sorumluluklar üzerinde anlaşmalara, beklentilere ve geliştirme planlarına dayandırılmakta ve yöneticilerle takım üyeleri arasında var olan ilişkiler, normal etkileşimin bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Chaudhuri, 2013).

Bu bağlamda Performans Yönetimi; birey performansı ile olduğu kadar, takım performansı ile de ilgili ve devamlı bir süreçtir. Sadece yılda bir kez yapılan resmi bir incelemeye dayandırılması sağlıklı olmayacaktır ve performansın iyileştirilmesi üzerine odaklanılmasını, yeterliğin geliştirilmesini ve potansiyeli ortaya

çıkarmayı amaçlamak durumundadır (Necochea, Badlani & Bossemeyer, 2013).

Hastaneler bağlamında da değerlendirildiğinde performans yönetimi süreçlerinin, profesyonel bir yönetim anlayışının mümkün kılınabilmesi için, hem işgörenlerin performanslarının belirlenebilmesi ve değerlendirilebilmesi açısından hem de eğitim ihtiyaçlarının tespit edilebilmesi noktasında önemli görülmesi gerekmektedir (Chaudhuri, 2013). Zira performans değerlendirme süreci, sadece sağlık profesyonellerinin değil, yönetimin başarısının da değerlendirilebilmesine olanak sağlamış olacaktır.

3.4.6. Hastanelerde ücret yönetimi

Ücret yönetimi bağlamında çalışanların maddi kazançlarının oranı, onların performansları ile ilişkilendirilerek belirlenebilmektedir. Bu belirlemede öncelikli amaç yüksek performans ve yüksek başarıyı ödüllendirmek ve başarısızlığa değil başarıya odaklanmak olarak ifade edilebilmektedir (Chaudhuri, 2013). Bu doğrultuda da, performansı arzulanan düzeyde olmayan çalışanların maaşlarına ortalama bir artış, performansı yüksek düzeyde olanların da daha yüksek bir maaş almalarına yönelik düzenlemeler yapılması söz konusu olabilmektedir.

Hastanelerde de genel olarak işletmeler ücretleme sistemlerini; piyasa koşullarına, rekabet düzeyine, yapılan işin niteliğine, işgörenin yetkinlik kriterlerine ve sorumluluk alanlarına göre belirlemektedirler (Martinez & Martineau, 2002: 14). Ücretlerin sağlık profesyonellerine ödenmesi noktasında da birtakım farklı uygulamalar söz konusu olabilmektedir (Chaudhuri, 2013). Bu bağlamda da her işletme, kendi

yapısına ve yönetim anlayışına göre Ücret Yönetimi konusunda farklı uygulamalara yer verebilmektedir.

Oysa ücretlendirme ile ilgili standart uygulamalara yer verilmemesi, sağlık profesyonellerinin işletmeye yönelik adalet ve güven duygularının sarsılmasına neden olabilmektedir (Martinez & Martineau, 2002). Zira ücretlendirme, sağlık profesyonellerin temel gereksinimlerini karşılayabilmeleri ve daha insani bir yaşam sürebilmelerinin yanında sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin de karşılanabilmesinin garantisi anlamına gelmektedir.

Bu nedenle de sağlık profesyonellerinin, hem yaptıkları işin niteliğine ve kalitesine göre hem de genel yaşam standartlarına uygun ücretlendirmeler üzerinden çalıştırılmalarına özen gösterilmelidir (Martinez & Martineau, 2002). Çünkü emeğinin karşılığını alamadığını ve sadece işletmenin kazanmasına endeksli olarak çalıştırıldığını düşünen işgörenlerin olduğu bir işletmede işi bırakma oranı da yüksek olacaktır.

3.4.7. Hastanelerde sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi

İşletmelerde sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi, işgörenlerin hem çalışma hayatında yer aldıkları süre içerisinde hem de çalışma hayatlarının sona ermesi ile birlikte emeklilik döneminde belirli bir güvenceye sahip olabilmelerinin garantisi olarak değerlendirildiğinden önem arz etmektedir. Hastaneler bağlamında değerlendirildiğinde de; özellikle güvensiz çalışma koşullarının olduğu işletmelerde, iş kazalarının ve/veya meslek hastalıklarının görülme olasılığı daha arttığından, sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi uygulamaları daha

fazla önem arz etmeye başlamış denilebilir (Amponsah – Tawiah & Dartey – Baah, 2011: 120).

Bu doğrultuda hastaneler, iş kazaları ve/veya meslek hastalıkları ile ilgili yasal mevzuata uygun düzenlemelerde bulunmak zorundadırlar. Zira iş kazaları ve/veya meslek hastalıkları söz konusu olduğunda, yasal düzenlemeler doğrultusunda görülmektedir ki, işverenin sorumluluğu hiç de küçümsenecek düzeyde değildir.

3.4.8. Hastanelerde insan kaynaklarının önemi

Çalışmanın bu aşamasına kadar söz konusu edilen bu değerlendirmeler çerçevesinde, hastanelerde İKY uygulamalarına yer verilmesinin önemi ile ilgili belirlemeler şu şekilde özetlenebilir;

- Hastaneler, insan faktörünün önemli olduğu işletmeler olmak bakımından, işletme verimliliği ve başarısı açısından İKY uygulamalarına profesyonel anlamda yer vermek durumundadırlar (Amponsah – Tawiah & Dartey – Baah, 2011).
- Hastaneler, işletme verimliliğinin ve başarısının artırılabilmesine yönelik olarak, genel anlamda tüm sağlık profesyonellerinin eğitilmesine ve geliştirilmesine önem vermek durumundadırlar (Chaudhuri, 2013).
- Hastaneler; finansman, pazarlama, muhasebe ve AR – GE gibi işletmecilik faaliyetlerinin yerine getirilmesinde, bu konuda uzman kişilerin istihdam edilebilmelerini sağlayacak maddi olanaklardan yoksun olmaları durumunda, istenilen niteliklere uygun işgörenlerin tespit edilebilmesi amacıyla bu konuda

profesyonel destek almak adına hareket etmelidirler (Amponsah – Tawiah & Dartey – Baah, 2011).

- Hastaneler, yönetim ile sağlık profesyonelleri arasında profesyonel ve daha çok iş yaşamına yönelik ilişkilerin sağlanabilmesi açısından, profesyonel yönetim anlayışını sağlamaya özen göstermelidirler (Chaudhuri, 2013).
- Genel olarak büyük ölçekli hastanelerde aynı alanda hizmet veren sağlık profesyonellerinin aldıkları çok daha yüksek olabilmekle birlikte, tüm hastanelerde aynı ücret öngörüsü doğrultusunda hareket edilmediğinden, tüm sağlık profesyonellerinin ücretlerinin yaşam standardı doğrultusunda belirlemeye özen göstermelidirler (Chaudhuri, 2013).
- Hastaneler, özellikle ekonomik kriz ve/veya dalgalanma dönemlerinde, sağlık profesyonelleri ilk feda edilebilecek işletme unsuru olarak görmemek durumundadırlar (Amponsah – Tawiah & Dartey – Baah, 2011).

3.5. İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Yönetimi Ve Kapsamı

Çalışma hayatının son yıllarda, önceki dönemlere göre, her alanda çok daha büyük gelişmelere ve değişimlere sahne olduğunu söyleyebiliriz. Sürekli artan rekabet ortamında örgütlerin yapılarının ve işlevlerinin değişmesi ve gelişmesi, örgüt içerisinde işgörenin öneminin artması, gereksinimlerinin çeşitlenmesi ve işgörene bakış tarzının farklılaşması olarak kendisini göstermektedir (Bandaranayake, 2001).

Bu bağlamda da işgörenlerin kurumlarına katkısının artırılması, mesleki ve kişisel gelişimin de önemini artırmakta ve buna bağlı olarak işgörenin performansının etkin bir şekilde yönetilmesini gerekli kılmaktadır. Performans Yönetimi'nin genel amacı; örgütün etkinliklerini, kendi becerilerini ve katkılarını sürekli iyileştirmeleri için, bireylerin ve grupların sorumluluk üstlendikleri bir kültür oluşturmak olarak ifade edilmektedir (Aguinis, 2011: 1 – 2).

Performans Yönetimi süreci içerisinde, örgütün tüm üyeleri bir hiyerarşi içerisinde değil, takım arkadaşları olarak görülmekte, sorumluluklar üzerinde anlaşmalara, beklentilere ve geliştirme planlarına dayandırılmakta ve yöneticilerle takım üyeleri arasında var olan ilişkiler, normal etkileşimin bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Bandaranayake, 2001).

Bu bağlamda Performans Yönetimi; birey performansı ile olduğu kadar, takım performansı ile de ilgili ve devamlı bir süreçtir. Sadece yılda bir kez yapılan resmi bir incelemeye dayandırılması sağlıklı olmayacaktır ve performansın iyileştirilmesi üzerine odaklanılmasını, yeterliğin geliştirilmesini ve potansiyeli ortaya çıkarmayı amaçlamak durumundadır (Armstrong, 2006/a: 495).

Sağlık kuruluşlarında kurumsal performansın ölçülmesi ve iyileştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık bakımında etkililiği ve kaliteyi arttırmak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için gittikçe artan oranda performans yönetimlerine ağırlık verilmektedir (Tengilimoğlu vd. 2009:330).

3.5.1. Performans kavramının tanımı

“Performans” sözcüğü; belirli bir zaman dilimi içerisinde üretilen mal ya da hizmet miktarı olarak tanımlanmakta ve işlevine göre “etkinlik”, “verim” ve/veya “çıktı” kavramlarıyla, bunun yanı sıra bireyin yeteneği ve motivasyonu arasındaki etkileşimin bir sonucu şeklinde ifade edilmektedir (Işığışık, 2008: 11). Örgütsel davranış açısından ise “performans”; işgörenin örgütsel amaçları gerçekleştirmek için, görevi ile ilgili eylemlerinin ve işlemlerinin sonunda elde ettiği ürün olarak tanımlanmaktadır. Bu ürün; mal, hizmet ya da düşünce türünden olabilmektedir (Başaran, 2008: 179).

Performans; görev çerçevesinde önceden belirlenen ölçütleri karşılayacak biçimde, görevin yerine getirilmesi ve amacın gerçekleştirilmesi yönünde ortaya konan mal, hizmet ya da düşüncedir (Akalp, 2003: 24). Örgüt yöneticileri; yönetsel kararlar almada, işgörenlerinin ücret artışlarını, terfilerini, işten çıkarma durumlarını belirlemede, güçlü ve zayıf yönlerini görmede, eğitim, disiplin ve bütçenin hazırlanmasında ve tüm bunların yanında performanslarının geliştirilmesinde, işgörenleri kurumun hedeflerine yöneltmeyi sağlamada, performansın etkili bir biçimde değerlendirilmesine gereksinim duymaktadırlar (Armstrong, 2006/a: 497). Zira örgütlerin bir ölçüde amaçlarına ulaşabilmesi, işgörenlerinin performanslarını profesyonel bir biçimde değerlendirmesiyle ve performans değerlendirme yöntem ve tekniklerini çok iyi uygulaması ile mümkün olabilmektedir.

3.5.2. Performans yönetimi kavramının tanımı

Performans Yönetimi; “kendini yönetme” üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu temelde, insanlara yardım edilerek ve rehberlik yapılarak, bireylerin gelişmeleri teşvik edilir. Örgütteki insanlar da bu konuda örgüte ve yöneticilere gereksinim duyarlar (Armstrong, 2006/a: 496). Performans Yönetimi ile uzlaşılan amaçlara yönelik olarak gerekli becerilerin kazandırılması bağlamında eğitime duyulan gereksinim açıkça ortaya çıkar. Bu süreçte; işgörenler geri bildirim elde ederler, performansları incelenmiş olur ve rehberlik ve danışmanlık hizmetleri almış olurlar (Bartel, 2004: 183).

Performans yönetimi; örgüt, takımlar ve bireylerin daha verimli hale gelmesini amaçlar ve bilgi, beceri, gerekli yeterlilikler, çalışma ve geliştirme planları konusuyla ilgilenmekte ve amaçlara, koşullara, planlara, anlaşmaya ve geliştirme planlarına bağlı kalarak performansı sürekli olarak incelemeyi konu almaktadır. Bu bağlamda da performans yönetimi, öğrenme ve geliştirme üzerine odaklanan bir süreci ifade etmektedir (Canman, 1995: 261).

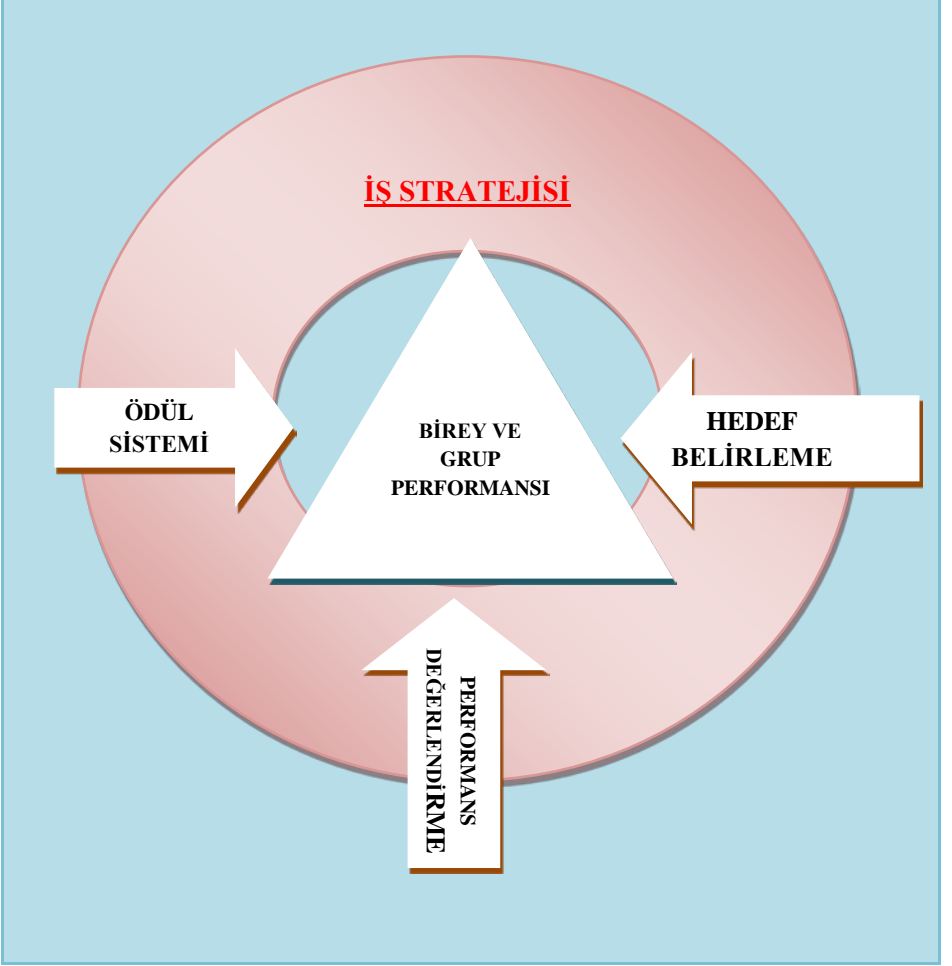
Yukarıdaki ifadelerden de anlaşıldığı üzere performans yönetimi; işgören boyutunda, işgörene kendisinden tam olarak ne beklediğini, planlanan hedeflere ulaşmak için neler yapması gerektiğini, yöneticiyle mevcut durumunu, gelecekteki gelişimini ve hangi noktalarda eğitime ihtiyaç duyduğunu ortaya çıkararak kendini geliştirme fırsatı sunmaktadır.

Performans yönetim süreci; yöneticinin işgöreninden görev çerçevesinde beklentilerinin net ve açık bir biçimde farkında olması, işgörenine daha yapıcı ve daha objektif geri bildirimler vermesi, daha

etkin rehberlik yapması, kişisel gelişim ve eğitim ihtiyaçlarını daha etkin planlaması, astlarıyla ilişkilerinin daha verimli olması yönünde önemli katkılar sağlar (Armstrong, 2006/a: 496).

Cumming ve Worley (1997) tarafından ortaya konulan “Performans Yönetimi Modeli”, Şekil 3.1.’de gösterildiği gibi; hedef belirlemenin, ödüllerin ve performans değerlendirmenin uygulamada birbiriyle yakından bağlantılı olduğunu ve birbirinden ayırmanın çok zor olduğunu göstermekte ve performans üzerindeki etkisi değerlendirilmektedir.

Şekil 3.1. Performans Yönetimi Modeli



Kaynak: Helvacı, 2002: 157

Performans Yönetim Modeli çerçevesinde söz konusu edilen hedef belirleme, ödül sistemi ve performans değerlendirme süreçleri ile ilgili olarak şunlar söylenebilir;

3.5.2.1. Hedef belirleme

Yönetici ve işgörenler arasında ortak olarak bireyin çalışma davranışları ve çıktılarının tanımlanması bakımından bir etkileşimi ortaya koymakta ve işgörenleri uygun bir biçimde çalışma sonuçlarına yönlendirmede, çalışma tasarımlarını güçlendirmekte, örgütün stratejik amaçlarına destek olmaktadır (Akgün, 2008: 125).

Özellikleri bağlamında da hedef belirleme ile ilgili şu tespitler yapılabilmektedir (Akgün, 2008: 127);

- Hedef belirleme; belirli bir iş ya da çalışma grubuyla ilgili olarak, görev ve sorumluluklara ışık tutmaktadır.
- Hedef belirleme; iş uygulaması açısından ele alındığı zaman, bireyin amaçlarına odaklanmakta ve bireysel yardımlar ve çalışma sonuçlarına katkı sağlamaktadır.
- Hedef belirleme etkinlikleri; çalışma gruplarına uygulanması açısından ele alındığında, doğrudan grubun amaçlarına yönlendirilmesini kolaylaştırmakta ve bireylerin müşterek eylemlerinin ve bütünüyle grup sonuçlarının güçlendirilmesine yardımcı olmaktadır.

Hedef belirlemenin en popüler alanlarından birisi, “Amaçlara Göre Yönetim” olarak adlandırılmaktadır. Bu doğrultuda hedef belirleme etkinlikleri, en az üç yolla performansı etkilemektedir (Ataay, 2010: 99);

- **İlk olarak;** insanların düşüncesi ve eylemi üzerinde etkilerde bulunmaktadır. Bu etkilere yönelik etkinlikler gerçekleştirilirken, hedefler yönündeki davranışlar üzerine odaklanılmaktadır.
- **İkinci olarak;** davranış hedeflere yönlendirilmekte ve insanlar motive edilerek, üzerinde uzlaşılan zor hedeflere ulaşma çabası ortaya çıkarılmaktadır.
- **Son olarak;** hedef belirleme etkinliği, hedefler zor fakat başarılabilir olduğu zaman işgörenleri fazla çaba harcamaya yönlendirebilmektedir.

3.5.2.2. Ödül sistemleri

Arzulanan davranışları ve çalışma sonuçlarını pekiştirme (güçlendirme) ile ilgili süreçleri ifade etmektedir ve ödül sistemleri, belli bir çalışma tasarımı ve iş stratejisini uygulamada gerekli davranış türlerini ödülle desteklemektedir (Akgün, 2008: 131). Hedef belirleme gibi ödül sistemleri de, bireyleri işlerine ve hedeflerine ya da grupları işlevselliğe ve amaçlarına yöneltmektedir.

3.5.2.3. Performans Değerlendirme

Çalışma sonuçlarını iyileştirmek için, performans verilerini toplama ve yayma işlemlerini kapsamaktadır. Bu bağlamda da performans değerlendirme, bireylere ve çalışma gruplarına performans geribildirimini (dönüt) sağlayan İnsan Kaynakları Yönetimi girişiminin temelidir (Ataay, 2010: 112).

Performans değerlendirme; çalışmayla ilgili başarıları, güçlü yönleri ve başarısızlıkları ortak bir değerlendirmeye tabi tutan

sistematik bir süreçtir. Aynı zamanda mesleki geliştirme danışmanlığı, şirkette insan kaynaklarının çeşitliliği ve güçlü yönleri hakkında bilgi sağlamakta ve bu süreçte işgören performansını geliştirmede ödüller kullanır (Boohene & Asuinura, 2011: 268).

Bu bağlamda “performans değerlendirme”; kurumda görevi ne olursa olsun, bireylerin çalışmalarını, etkinliklerini, eksikliklerini, yeterliliklerini fazlalıklarını, yetersizliklerini ve kısaca bir bütün olarak çalışma potansiyeline yönelik tüm yönleri gözden geçirme süreci olarak tanımlanabilmektedir (Ballı, Uğur ve Korukoğlu, 2009: 840).

Bu belirlemeler doğrultusunda performans değerlemenin gereği ve yararları, şu şekilde ifade edilebilir (Uygur, 2009: 151);

- Performans değerlendirme; kişi düzeyinde bireysel/psikolojik bir ihtiyaç, kurum düzeyinde ise motivasyona yönelik bir ihtiyaçtır.
- Performans değerlemenin hedefi; kişiyi kendi çalışmaları hakkında bilgilendirmektir. Kişinin ve kurumun gelişmesinde de, bu bilgilendirmenin rolü büyüktür.
- Çalışanların daha yakından tanınmasına olanak tanıdığından, kariyer yönetimine de katkı sağlaması söz konusudur.
- Çalışanlarla üstleri arasından bir iletişimin kurulması ve geliştirilmesinde etkilidir.
- Çalışanların kendilerini tanımalarına ve eksikliklerini gidermelerine yardımcı olur.

- Kurum için gerekli eğitim programlarının düzenlenmesine ve özellikle eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesine yardımcı olur.
- Çalışanların hedeflerine ne kadar ulaştıkları kontrol edilmiş olur. Böylelikle, kişi ve kurum düzeyinde bir kontrol sağlanmış olur.
- Kurumdan uzaklaştırılacak ya da işten ayrılmasına karar verilecek olan kişilerin belirlenmesinde önemli bir kaynaktır.
- Çalışanlarda iş başarılarını görme ve böylece iş doyumuna ulaşma sağlanmış olur.
- Çalışanlar, üstlerinin görev tanımları doğrultusundaki beklentilerini öğrenmiş olurlar.
- Genel anlamda insan kaynağının daha etkin verimli ve yararlı kullanılmasını sağlamaya yönelik verilere ulaşılmış olur.

Hedef belirleme arzu edilen nitelikte bir performans türüdür ve performans değerlendirme bu temelde, çıktılarının değerini belirler ve ödül sistemleri açısından da arzulanan sonuçların tekrarlanmasını temin etmek için katkı sağlar ya da güçlendirir (Nemli – Çalışkan, 2010: 105).

Performans yönetimi, daha geniş bir örgütsel içerik içerisinde meydana gelmekte ve en azından üç faktör içeriği çalışma performansını etkilemektedir. Bunlar iş stratejisi, işyeri teknolojisi ve işgören katılımıdır (Wright, Gardner & Moynihan, 2003: 24). Hedef belirleme, performans değerlendirme ve ödül sistemleri bu örgütsel faktörlerle ortak olarak sıralandığı zaman, yüksek düzeylerde çalışma

performansı eğilimi meydana gelmektedir (Tan & Nasurdin, 2011: 159).

Performans Yönetim Modeli çerçevesinde söz konusu edilen iş stratejisi, işyeri teknolojisi ve işgören katılımı ile ilgili olarak şu değerlendirmelere yer verilebilir;

• İş Stratejileri

Bir örgütün başarılı bir biçimde rekabet edebilmesi için gereksinim duyduğu amaçları ve hedefleri tanımlamaktadır. Performans yönetimi, değerlendirmeyi ve işgörenlerin çalışma davranışlarını bu amaçlar yönünde güçlendirmeye odaklanmaktadır. Bunlar, iş davranışlarını, stratejik olarak amaçlara yöneltmektedir (Eckerson, 2009: 5).

• İşyeri Teknolojisi

Birey ya da grup üzerine temellendirilen performans yönetim uygulamalarını etkileyen bir yapıyı ifade etmektedir. Eğer teknoloji düşük ve çalışma bireysel işler üzerine tasarlanmışsa; hedef belirleme, performans değerlendirme ve ödül sistemleri bireysel çalışma davranışları üzerine yönelecektir. Karşılığında, eğer teknoloji yüksekse ve çalışma gruplar için tasarlanmışsa, performans yönetimi grup davranışları üzerine yönelecektir (Bogdana, Felicia & Delia, 2009: 1026).

• İşgören Katılımı

Son olarak, bir örgütte işgörenin katılım düzeyi performans yönetimi uygulamalarının doğasını belirlemektedir. Eğer örgütte, katılım düşük düzeyde ve aşırı merkeziyetçi bir yapıda ise; hedef belirleme, performans değerlendirme ve ödül sistemleri resmileştirilmekte ve yönetim tarafından idare edilmektedir (Eckerson, 2009: 5).

Katılımın yüksek olduğu durumlarda, hem yönetim hem de işgörenlerin performans hedeflerinin belirlenmesine ve değerlendirilmesine katılımının sağlanması gerekir. Yüksek katılımlı örgütlerde, işgörenler performans yönetiminin tüm aşamalarına katılım eğilimi gösterirler. Bu örgütlerde işgörenler, hem performans yönetimi uygulamalarına hem de tasarımılarına katılma eğilimine sahiptirler (Bogdana, Felicia & Delia, 2009: 1026).

3.5.3. Performans Yönetimi Ve Örgütler İçin Stratejik Önemi

Önceki anlatımlarda da yer verildiği üzere performans yönetimi; hedef belirlemeyi, performans değerlendirmeyi ve ödül sistemlerini kapsamaktadır ve işgören bağlamında iş stratejileriyle ilgili olarak, işgörenin çalışma davranışlarını ayarlamaktadır. Bu temelde de performans yönetimi; hedef belirlemeyi, performans değerlendirmeyi, ödül sistemlerini, işgören çalışma davranışını, iş stratejisiyle, işgören katılımıyla ve işyeri teknolojiyle güç birliği yapılmasını gerektirmektedir.

Performans yönetimi, temelde performans değerlendirme sürecini içermektedir. Performans değerlendirme ile genel olarak;

kişinin, kurumun ya da grubun herhangi bir konudaki etkinliğini birtakım özelliklere göre analiz etmeye ve başarı düzeyini belirlemeye yönelik çalışmalar kast edilmektedir (Ersen, 1997: 113).

Performans değerlendirme; bir değerlendiricinin önceden saptanmış standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla, işgörenlerin işteki performansını değerlendirmesi sürecidir. Diğer bir anlatımla performans değerlendirme; belirli bir iş ve görev tanımı çerçevesinde çalışan bireyin, bu iş ve görev tanımını ne düzeyde gerçekleştirdiğinin belirlenmesi çabasıdır (Fındıkçı, 2009: 297).

Palmer ve Winters'a (1993: 102 – 103) göre, performans değerlendirmenin iki genel işlevi bulunmaktadır;

- **Bu işlevlerden ilki;** iş performansı hakkında bilgi edinmektir. Bu bilgi, yönetsel kararlar aşamasında gerekli olmaktadır. Ücret artışları, ikramiyeler, eğitim, disiplin, terfi ve başka yönetsel etkinliklere ilişkin kararlar, genellikle performans değerlendirme sürecinden elde edilen bilgilere dayanmaktadır.

Bir örgütün yönetim kadrosunun, performans değerlendirmesinden elde edilen bilgiler olmadan yönetsel kararlar vermesi oldukça sakıncalı bir durum olarak değerlendirilmektedir. İnsan kaynaklarına ilişkin diğer politikalarda olduğu gibi performans değerlendirmeleri de, herhangi bir gruba karşı ayrımcılık yapılmasını engelleyen yasal standartlara uygun olarak düzenlenmelidir.

- Performans değerlendirmenin diğer genel işlevi; çalışanların iş tanımında ve iş analizinde saptanan standartlara ne lude yaklaştığına ilişkin geribildirim sağlamaktır. Bu geribildirim, çalışanlara olumlu bir yaklaşımla verildiği ve mesleki eğitimle desteklendiği zaman oldukça yararlı olmaktadır.

Çoğu insan, bu türden yapıcı ve özgüveni artırıcı geribildirim almaktan hoşlanmakta ve geribildirim aynı zamanda, iřęrenlerin ne yönde ilerlediğini görebilmeleri gibi önemli katkılar sağlamaktadır. Geri bildirim, iřęrenler için önemli bir motivasyon aracı olarak da önemli bir işleve sahiptir.

Bu genel işlevlerin dışında performans değerlendirme etkinliği; kişinin kendisinden beklenen performans sonuçları ile fiili başarı durumunu karşılaştırabilmesi için ast ile st arasında (değerlendiren ile değerlendirilen) etkin bir iletişim sürecinin gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Bogdana, Felicia & Delia, 2009: 1027).

Performans değerlendirme sürecinde, hem değerlendirilen iřęren bir yön duygusu kazanır, hem de enerjisini amaca yöneltmesi kolaylaşır. Çünkü performansın, politika ve kişisel yakınlık gibi faktörlerden çok yetkinlik temelinde değerlendirilmesini güvence altına alır (Werner, 1993: 151).

Performans değerlendirmenin diğer önemli yararları ise, şu şekilde gibi ifade edilebilir (Fındıkçı, 2009: 79);

- İşgörenin işini iyi yapması için gereken bilgi, yetenek ve nitelikleri belirlemeyi;
- Güçlü yanlarını ortaya çıkarıp takdir etmeyi ve zayıf yanlarını belirleyip sorunu birlikte çözmeyi ve
- Staj gereksinimlerini, olası şikâyetleri, disiplin problemlerini ve terfi olasılıklarını önceden belirlemeyi sağlamaktadır.

Bu doğrultuda Performans Yönetimi yoluyla; örgüt, örgütün hedeflerinin işgörenlerin hedefleriyle bütünleşmesi, işgörenlerin bireysel olarak örgüte yaptıkları katkının ayırt edilmesi yönünde önemli yararlar sağlanabilmektedir. Bu bağlamda, Performans Yönetimi'nin kurum için stratejik önemi şu şekilde değerlendirilebilir (Ersen, 1997: 98 – 99);

- İşgörenlerin Eğitimi ve Geliştirilmesi.
- Eğitim Programlarının ve Politikalarının Değerlendirilmesi.
- İşgörenleri Seçme Sürecinin Geçerliliği.
- Ücret Yönetimi.
- Kariyer Yönetimi.
- Stratejik Planlama.
- Rotasyon, İş Genişletme ve İş Zenginleştirme Uygulamaları.
- Diğer İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları.

Çalışmanın bu kısmında, söz konusu edilen bu süreçler ile ilgili ayrıntılı değerlendirmelere yer verilecektir.

A. İşgörenlerin Eğitimi ve Geliştirilmesi

Yöneticiler; eğitim odaklı performans değerlendirme ile işgörenleri tanımlayarak, işgörenlerin ya da kurumunun eğitime gereksinim duyup duymadığını belirleme olanağı elde ederler (Aytaç, 2003: 81). Buna ek olarak değerlendirmeler, kariyer amaçları ya da uzun dönemli planların oluşumuna destek sağlamada da kullanılabilir.

B. Eğitim Programlarının ve Politikalarının Değerlendirilmesi

İşgörenlerin, eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmeleri, eğitim programının etkililiğini ortaya çıkarmaktadır. Performans değerlendirmeleri, bu amaçla eğitim programlarının etkililiğini ölçmede de kullanılmaktadır (Abdullah, H. (2009: 14). Değerlendirme esnasında yöneticiler ve işgörenler, özel politikalar ve programlarla ilgili problemleri tartışma fırsatı bulmakta ve yöneticiler de, işgörenlerden politika ve programların tasarlandığı gibi çalışıp çalışmadığını öğrenebilmektedirler (Bloom & Van Reenen, 2010).

Bu nedenle bu tür bir değerlendirme, yeni politikaların son test işlevini de gerçekleştirmesi adına önem arz etmektedir. İKY açısından eğitim ve bu eğitim ihtiyacının belirlenmesi önemlidir. Bu amaçla çalışanlara, anket ya da çeşitli bilgi toplama araçları uygulanması söz konusu olabilir. Ancak bu veriler, çoğu zaman sağlıklı değerlendirmelerde bulunulması adına yeterli olamayabilmektedir (Salaman, Storey & Billsberry, 2005).

Genel olarak performans değerlendirme ile ulaşılan sonuçlar, tüm kurumdaki çalışanların başarıları kadar, eksik ya da yetersiz oldukları

konular hakkında da bilgi verebilmekte ve eksiklikler ve yetersizlikler, aynı zamanda bir eğitim ihtiyacı konusu olarak değerlendirilebilmektedir (Vermeeren, Kuipers, Steijn & Vogelaar, 2008: 5).

C. İşgörenleri Seçme Sürecinin Geçerliliği

Performans değerlendirmeleri; örgüte eleman alındıktan bir süre sonra seçilen işgörenlerin göreve ilişkin performansını ortaya çıkarmakla, seçim sisteminin etkililiğini de ortaya koymada mükemmel bir fırsat sağlamaktadır. Zira bu şekilde, seçme sisteminin etkili çalışıp çalışmadığını belirlemek için yapılan tahminler test edilmiş olabilmektedir. Örneğin; performans değerlendirmeleri, işe en son alınan işgörenlerin görevlerini çok iyi yapmadıklarını ortaya çıkarabilir (Barutçugil, 2010: 121).

Bu durum da, yöneticilere seçim sisteminin doğru bir biçimde çalışmadığının kanıtını olababilir. Performans değerlendirmeler aynı zamanda, işgöreni seçmede adil kararlar alınmasını sağlamakta ve seçim yöntemlerinin tahmini geçerliliğini ortaya çıkarmada yardımcı olmaktadır.

Performans değerlendirme sonuçlarının kullanıldığı önemli bir alan da, sözleşmelerin yenilenmesi ya da işten çıkarma kararlarının verilmesidir. Neticesinde bu kararlarda, tek etken olmasa da performansı yüksek olan kişiler ile işe devam edilmesi, ama belirli bir sürede sürekli olarak düşük performans gösteren kişiler ile çalışılmaması da doğal bir sonuç olarak değerlendirilebilmektedir (Kaymaz, 2009: 79).

Ancak bu noktada, işten çıkarma kararının verilmesinde, sadece performans değerlendirme sonuçlarına dayanılmasının da birtakım sakıncaları beraberinde getirmesi söz konusu olabilecektir. Bu nedenle de bu gibi önemli kararların verilmesinde performans değerlendirme sonuçları, birçok veriden sadece birisi olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Bir çalışmada Cleveland ve arkadaşları (1998) da, endüstri ve örgüt psikologlarına performans değerlendirmesi bilgisinin en çok kullanıldığı alanları sormuşlar ve belirlenen 20 kullanım alanı üzerine yapılan bir faktör analizi sonunda dört temel kullanım alanı belirlemişlerdir. Bunlar (Aktaran: Barutçugil, 2010: 123 – 124);

a. Kişilerarası Karşılaştırma Gerektiren Kararlar

Ücret belirleme, terfi ve işten çıkarma gibi süreçleri ifade etmektedir.

b. Çalışanın Kendi İçinde Karşılaştırmasını Gerektiren Kararlar

Geribildirim, bireysel eğitim ihtiyaçlarının, güçlü ve zayıf olunan performans alanlarının belirlenmesi gibi süreçleri ifade etmektedir.

c. Sistemin Devam Ettirilmesine Yönelik Kararlar

Hedef belirleme, insan gücü planlaması ve kurum içi hiyerarşik yapının pekiştirilmesi gibi süreçleri ifade etmektedir.

d. Doküman Oluşturma

Personel kararlarının dokümanlaştırılması, yasal yükümlülüklerin karşılanması ve geçerlik araştırmalarında ölçüt oluşturma gibi süreçleri ifade etmektedir.

D. Ücret Yönetimi

Performans değerlendirme sonuçlarının en yaygın olarak kullanıldığı alan ücret yönetimidir. Bu bağlamda çalışanların maddi kazançlarının oranı, onların performansları ile ilişkilendirilerek belirlenebilmektedir. Bu belirlemede öncelikli amaç yüksek performans ve yüksek başarıyı ödüllendirmek ve başarısızlığa değil başarıya odaklanmak olarak ifade edilebilmektedir (Fındıkçı, 2008: 338). Bunun için de performansı arzulanan düzeyde olmayan çalışanların maaşlarına ortalama bir artış, performansı yüksek düzeyde olanların da daha yüksek bir maaş almalarına yönelik düzenlemeler yapılması söz konusu olabilir.

E. Kariyer Yönetimi

Kariyer Yönetimi; kişinin kurum içerisindeki statüsü doğrultusunda yükselme olanaklarının hazırlanması, uygun kişilerin uygun statülere doğru yönlendirilmesi ve gerekli hazırlıkları yapmalarının sağlanması şeklinde ifade edilebilen bir süreci kapsamaktadır (Fındıkçı, 2008: 339). Bu bağlamda performans değerlendirme sonuçları; kişinin iş başarıları ve ilişkileri hakkında veriler içerdiğinden, gelecekteki başarılarını tahmin aracı ya da kariyer planlaması bakımından da kullanılabilir.

F. Stratejik Planlama

Stratejik Planlama; hemen her işletmede ve hatta her sosyal kurumda, tepe yönetim ya da idare edenler tarafından belirlenen ve ileriye yönelik ulaşılması planlanan genel amaçları ifade etmektedir (Fındıkçı, 2008: 339). Bu amaçlar, insanlar yoluyla gerçekleşeceğinden amaçların paylaşılması da yerinde olacaktır.

Performans değerlendirme modelleri / sistemleri, her kuruma özel olarak geliştirilebilmekte ve uygulanabilmektedir. Hatta aynı yöntemin bile, farklı kurumlar söz konusu olduğunda farklı bakış açıları ile ele alınıp uygulanması durumu olabilmektedir. Bu bağlamda stratejik planlama sayesinde performans değerlendirme sistemleri de, kurum bünyesinin daha net ortaya konulabilmesini sağlaması adına önemli olmaktadır (Martinez, 2001).

G. Rotasyon İş Genişletme ve İş Zenginleştirme Uygulamaları

Performans değerlendirme ile ulaşılan sonuçların bireysel düzeydeki değerlendirmeleri ile belirli yerde mutsuz olan, ancak başka bir görevde başarılı olacağına inanılan personelin rotasyonu için de kullanılması söz konusu olabilmektedir. Örneğin; sürekli olarak belirli sorunlarını performans değerlendirme sonucuna yansıtan kişiler olabilir (Kaymaz, 2009: 79). Bu ve benzeri sorunu bir ya da daha fazla dönem devam edenler, vazgeçilemeyecek ve kazanılması arzu edilen elemanlar olmaları halinde, rotasyona tabi tutulmaları sağlanabilir. Aynı kurumun farklı bir bölümünde, çalışan bir kişinin yeni bir görevde daha başarılı olması bu şekilde sağlanabilir.

Aynı şekilde işini yetersiz gören yetenekli çalışanların işleri zenginleştirilebilir ya da genişletilebilir; yeni görev ve sorumluluklar verilmesi yoluna gidilebilir. Özellikle performans değerlendirme sonucunda kişiler ile yapılan görüşmelerden edinilen bilgiler de, bu uygulamalara temel oluşturabilirler (Jane & Dipboye, 2004: 411).

H. Diğer İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları

Performans değerlendirme uygulaması çok yönlü olarak gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte kişilerle yapılan görüşmeler, formlar doldurulurken kişilerin ortaya koydukları tepkiler, sonuçlar duyurulurken fısıltı gazetesi ile yayılanlar vb. İnsan Kaynakları ve Yönetimi açısından önemli olacaktır. Bu nedenledir ki bir kurumda yönetim, uygulamaların satır aralarında olup bitenlere duyarlı olmalıdır (Mura, L. (2012: 119).

Performans değerlendirme sürecinde, özellikle performans görüşmesi sırasında not edilen görüşlerin İnsan Kaynakları Departmanı tarafından incelenmesi de bu süreçte önemli sonuçlara ulaşılabilmesini sağlayabilecektir. Ayrıca, kurumdaki genel rahatsızlıkların, memnuniyet oranının, insan ilişkilerinin yapısının ve hedeflere ne oranda sahip olunduğunun bilgisi, genel sonuçlara ulaşılmasını sağlamak adına önemli olacaktır (Patterson ve diğerleri, 2010).

Bu nedenledir ki bir anlamda performans değerlendirme süreci ile kurumun fotoğrafı çekilmiş olacak ve bu fotoğraf, insan kaynakları uygulamaları bakımından anlam taşıyacaktır. Bu bağlamda,

performans değerleme sonuçlarının İKY'nin uygulamalarına ışık tutması beklenmektedir (Becker & Gerhart, 1996: 783).

3.5.4. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Literatürde, çok çeşitli performans değerlendirme yöntemleri bulunmaktadır. Çünkü performans değerlendirme yöntemleri, görevin niteliğine ve değerlendirme sonuçlarının kullanılacağı alana göre farklılık göstermektedir. Her örgütün kullandığı yöntem, onun gereksinimlerine ve kültürüne göre değişiklik göstermekte ve her bir yöntemin kendine özgü avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu yöntemlerden hangisinin kullanılacağı hususunda karar verilme aşamasında, her tekniğin yapısını ve neyi ölçtüğünü iyi analiz etmek gerekmektedir (Garbarino & Holland, 2009).

Çalışmanın bu aşamasında, bu yöntemlerle ilgili ayrıntılı belirlemeler ve değerlendirmeler üzerinde durulacaktır.

3.5.4.1. Kişilerarası karşılaştırmalara dayalı yaklaşım

Bu yöntemde değerlendirmeler, bir işgörenin performansını bir ya da daha fazla işgörenle karşılaştırması sonucunda elde edilmektedir. İşgörenler, birbirleri ile kıyaslanarak başarı düzeylerine göre sıralanmaktadır (Baştürk, 2003: 135).

Bu yaklaşımla geliştirilmiş yöntemler aşağıda belirtilmiştir.

- Basit sıralama yöntemi
- İkili karşılaştırma yöntemi
- Zorunlu dağılım yöntemi

3.5.4.2.Ortak performans kriter ve standartlarına dayalı yaklaşım

Bu yaklaşım; her işgörenin performansını, diğer işgörenden bağımsız olarak kendi iş tanım kapsamı içerisinde ele almakta ve değerlendirmektedir. Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yaklaşım'da; kişilerarası karşılaştırmalara dayalı yaklaşımdan farklı olarak, kullanılan değerlendirme ölçütlerinin birden fazla olması ve ortak olarak belirlenmiş olmasıdır (Mantiuk, Tomaszewska & Mantiuk, 2012: 2483).

Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yaklaşımında geliştirilen yöntemler şunlardır:

- Grafik dereceleme ölçekleri
- Davranışa dayalı değerlendirme ölçekleri
- Davranışsal gözlem ölçekleri
- Kritik olaylar yöntemi
- Ağırlıklı kontrol listesi
- Amaçlara göre yönetim
- Doğrudan indeks yöntemi
- 360 Derece performans değerlendirme

3.5.4.3. Performans yönetimi sürecinde değerlendirme hataları

Performans değerlendirme çalışmaları öznel ve çok çeşitli faktörler tarafından etkilenmektedir. Yöneticilerin, performans değerlendirmelerini adil bir biçimde yürütme ve eksiksiz bir biçimde gerçekleştirmede hata ihtimalini artıran faktörleri tanınması bu tür hataları minimize eder (Fındıkçı, 2008: 302). Performans değerlendirme; daha önce de belirtildiği gibi, kişilerin iş başarılarına

ilişkin verilerin değerlendirilmesini gerektirir. İnsana yönelik değerlendirmelerin de her zaman beraberinde yanılğı payları taşıdıkları bilinmektedir. Dolayısıyla performans değerlendirme sürecinde, birtakım sorunlarla karşılaşmaktadır.

Değerlendirme sürecinde karşılaşılan başlıca sorunlar ya da performans değerlendirme sürecinde yapılan hatalar, aşağıda alt başlıklar bağlamında incelenebilmektedir (Fındıkçı, 2008: 302);

- Ölçme Aracından Kaynaklanan Hatalar
- Aşırı Hoşgörölü ve Aşırı Katı Olmaktan Kaynaklanan Hatalar
- Merkezi Eğilim (Standart Ölçüm) Hataları
- Yakın Zaman Etkisi Hataları
- En Son Ölçüme Bağlı Kalma
- Baskın Özellik (Halo Etkisi)
- Tek Yönlü Ölçüm
- Tarafli Ölçüm.

4. DIŞ KAYNAK KULLANIMI (OUTSOURCING)

Günümüzde işletmeler, müşteriilerinin beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için müşteriilerinin taleplerini göz önünde bulundurarak, bu ihtiyaçları en hızlı, verimli ve düşük maliyetle karşılamaya çalışırlar. Bu süreçte işletmenin yetersizliklerinin söz konusu olması durumunda sıkça kullanılan bir yöntem olan dış kaynak kullanımı (outsourcing) yoluna gidilmektedir. İŞletmeler açısından karı artırmak, masrafları düşürmek, daha yeni ve büyük piyasalara açılabilir, kaliteyi yükseltmek gibi avantajları beraberinde getirmektedir.

Günümüzde gerek özel işletmeler gerekse kamu sektörü tarafından kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır. Dış kaynak kullanımı, hem işletmenin konu ile ilgili tüm beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması hem de maliyetlerin düşürülmesine katkı sağlaması bakımından, bugün için bir yönetim stratejisi olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda da artık birçok işletme, finans ve muhasebe fonksiyonları da dâhil olmak üzere birçok işletme fonksiyonlarını dışarıdan temin etmeye başlamışlardır.

Dış kaynaklardan yararlanma kavramı 1980'li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmışsa da bir yönetim stratejisi olarak 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır.

4.1. Dış Kaynak Kullanımı Kavramının Tanımı

“Dış kaynak kullanımı” ya da “outsourcing” kavramı; işletme ve işletmenin içsel olarak elde ettiği hizmet ya da süreçleri temin eden bir veya daha fazla tedarikçi arasındaki sözleşmeye dayanan uzlaşma

olarak tanımlanabilmektedir (Öztürk ve Sezgili, 2002). Bu yönüyle dış kaynak kullanımı; işletmelerin sadece kendi sahip oldukları yetenekleri ve kapasiteleri ile yetinmeyip, öz ya da temel yeteneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda işletme dışından ve kendi alanında uzman olan başka işletmelerden destek almasını ifade etmektedir (Gümüşay – Şahin ve Berberoğlu, 2011).

Özbay’a (2004: 27) göre de “dış kaynak kullanımı”; işletmelerin sadece kendilerine rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanmalarını sağlayan ve kendi faaliyet alanında yer almayan konularda, o alanda uzmanlaşmış olan işletmelerden destek alarak kalite standartlarını artırmalarını olanaklı hale getiren bir süreci içermektedir.

Outsourcing kavramı, “outside resource using” kavramının kısaltılmışı olarak kullanılmaktadır ve bu kapsamda da işletmenin temel yetenekleri dışında kalan alanlarda işletme dışından destek talep etmesini ya da hizmet satın almasını ifade etmektedir. İşletmelerin temel yetenekleri ise; somut ve soyut nitelikteki yeteneklerinin, bilgi düzeylerinin, deneyimlerinin, insan kaynağının ve sahip olduğu entelektüel sermaye düzeyinin şekillendirilmesini ve kullanılmasını tanımlamaya yönelik olarak kullanılmaktadır (Tanyaş, 2003: 46).

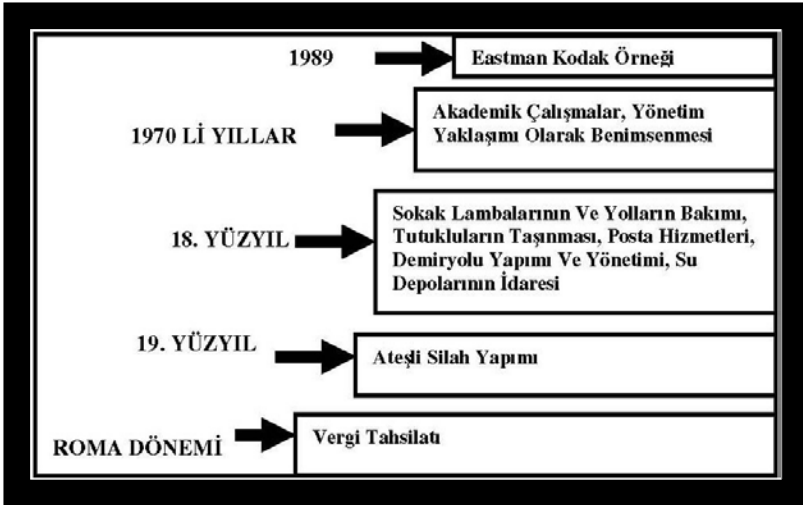
Farklı yazarlar tarafından, dış kaynak kullanımı ile ilgili farklı tanımlar aşağıda verilmiştir;

- Dış kaynak kullanımı; daha önceki dönemlerde işletme bünyesinde gerçekleştirilen / yönetilen bir işlemin, ilgili alanda insan kaynağı temin edilmesi talebi ile birlikte ve uzun süreli bir sözleşme kapsamında bir başka işletmeye aktarılmasıdır (Dalgıç, 2007: 3).
- Dış kaynak kullanımı; dışsal tedarik anlamında, bir başka işletmenin kaynaklarından yararlanılması ya da bu işletmeden mal ve/veya hizmet satın alınmasıdır (Özbay, 2004: 6).
- Dış kaynak kullanımı; işletmelerin temel yetenekleri dışında kalan işleri, bu alanda uzmanlaşmış bir başka işletmeden satın almasıdır (Çoban ve Tutkun, 2004).
- Dış kaynak kullanımı; işletme performansına direkt etkisi olmayan ikincil işlerin, işletme performansının artırılmasına ve piyasa talep ve beklentilerinin karşılanmasına yönelik olarak devre dışı bırakılması ve bu yöndeki hizmetin bir başka işletmeden satın alınmasıdır (Özutku, 2002).
- Dış kaynak kullanımı; işletmenin iyileştiremediği ve geliştiremediği yeteneklerini, bu konuda uzmanlaşmış olan bir başka işletmeden satın alması ve o işletme aracılığı ile kullanmasıdır (Ülgen ve Mirze, 2004: 394).
- Dış kaynak kullanımı; daha önce kendi kaynakları ile yönetilen bir işin; süreli olarak kontrata bağlanmasıyla, gerektiğinde çalışanların da transfer edilmesi suretiyle bir tedarikçi üzerine kaydırmak olarak tanımlanabilir (Quelin ve Duhamel, 2003:647).

Dış kaynak kullanımının kapsamı, dış kaynak kullanımının planlanması ve ekonomik yapının niteliği doğrultusunda belirlenmektedir. Bu bağlamda taşeronluk, vendorluk, tedarik hizmetleri çerçevesinde dış kaynak kullanımına konu olabilecek tüm temel faaliyetler, temele yakın faaliyetler, temelden farklı faaliyetler ve tek seferlik faaliyetler bu kapsam içerisinde yer alabilmektedir (Özdoğan, 2006: 142).

4.2. Dış Kaynak Kullanımının Tarihsel Gelişimi

Dış kaynak kullanımının gelişim süreci ile ilgili literatürde tam bir görüş birliğine varılamadığı ve farklı araştırmacılar tarafından dış kaynak kullanımının, farklı ülkelerdeki tarihsel gelişimi temelinde değerlendirildiği görülmektedir. Bununla birlikte genel bir değerlendirme çerçevesinde dış kaynak kullanımına yönelik gelişim sürecinin, Şekil 5.1.'de verildiği kapsamda ele alındığı görülmektedir.



Şekil 4.1. Dış Kaynak Kullanımının Tarihsel Gelişimi

Kaynak: Karahan, 2009

Şekil 5.1.'de de yer aldığı üzere, dış kaynak kullanımı ile ilgili ilk uygulamaların Roma Dönemi'ne dek uzandığı belirtilmektedir. Bu bağlamda Roma Dönemi'nde vergi toplama sürecinin belirli bir verimlilik ve sistematik dâhilinde yürütülebilmesini sağlamaya yönelik olarak yönetim dışında koordine edilmesi adına hareket edildiği görülmektedir. Sanayileşme Devrimi ile birlikte de dış kaynak kullanımı sürecinin yaygınlaşmaya başladığı ve birçok üretim ve hizmet alanında yer bulduğu ifade edilebilir. Bu dönemlerde de özellikle ateşli silah üretiminde metal aksamların üretilmesi işlerinin işletme dışına yönlendirildiği belirtilmektedir (Kakabadse & Kakabadse, 2002).

Yine 18. yüzyıl itibariyle İngiltere'de sokak lambalarının bakımı, tutukluların taşınması ve kamu yollarının bakım ve onarımı ile ilgili çalışmaların devlet yönetimleri tarafından özel sektöre devredildiği görülmektedir. 19. yüzyılda da ABD'de ve Avustralya'da posta hizmetleri özel sektörde yer alan işletmelere devredilmeye başlanmıştır. Bu dönemde Fransa'da, demiryollarının bakımı ve onarımı, yönetilmesi ve su depolarının idare edilmesi ile ilgili işlerin yine özel sektörde yer alan işletmelere devredildiği görülmektedir (Kakabadse & Kakabadse, 2002).

1930'lu yıllarla birlikte işletmelerde dış kaynak kullanımı süreci akademik çalışmalara konu olmaya başlamıştır. Bu süreçte Ronald Coase "Firmaların Doğası" adlı makalesinde; işletmelerin pazara giriş maliyetleri, yapısal seçimleri ve bu süreçlere yönelik değerlendirmeleri çerçevesinde temel yeteneklerine odaklanmaları gerektiğini belirtmiş, bu kapsamda da dış kaynak kullanımının

önemine değinmiştir. Bu ve benzeri yöndeki akademik çalışmalara karşın dış kaynak kullanımı, özellikle 1980’li yıllarda söz konusu olmaya başlayan küresel durgunluğa dek bir anlamda göz ardı edilmiştir. 1980’li yıllardan itibaren, işletme verimliliğini artırmaya ve işletmelerin öncelikli olarak temel yeteneklerine yoğunlaşmalarını sağlamaya yönelik olarak dış işletmelerden destek talep edilmesi uygulamaları yaygınlık kazanır hale gelmiştir (Lonsdale & Cox, 2000).

1990’lı yıllarla birlikte özellikle ABD ekonomisinde söz konusu olmaya başlayan ve süreç içerisinde diğer ülkelere de yayılmış olan ekonomik durgunluk ve rekabet koşullarının gittikçe çok daha zorlaşmaya başlaması nedeniyle, işletmeler hem temel yeteneklerine yönelik faaliyetlerini modernize edebilmek hem de rekabet edebilirliklerini artırabilmek amacıyla ana faaliyet konuları dışında kalan faaliyetlerini çok daha fazla dış işletmelere devretmeye başlamışlardır (Arnold, 2000).

Dönem itibariyle ilk uygulamaları yedek parça alanında ve ABD otomotiv sektöründe görülen dış kaynak kullanımının yaygınlaşmaya başlaması ile birlikte tamamen bu yönde hizmet veren işletmelerin kurulduğu görülmektedir. Bu işletmeler ilk kuruldukları yıllarda daha çok bakım – onarım, temizlik, dağıtım gibi ana faaliyet konularında hizmet vermekteyken; günümüz itibariyle dış kaynak kullanımının tasarım, pazarlama, insan kaynakları, finans, reklam, yemek, taşıma, halkla ilişkiler ve AR – GE faaliyetleri gibi çok daha geniş bir faaliyet alanını içerdığı söylenebilir (Quelin & Dyhamel, 2003).

4.3. İşletmelerde Dış Kaynak Kullanımının Önemi

Dış kaynak kullanımı, işletmelerin operasyonel stratejileri bağlamında anahtar bir role sahiptir. Zira dış kaynak kullanımı sayesinde işletmeler hem işletme faaliyetlerine yönelik rutin işleyişleri dışarıdan temin edebilmekte hem de bu sayede kendi yetkinlik alanlarına daha fazla yönelebilmektedirler. Bu süreçte fonksiyon ya da hizmet satın alan işletme ile hizmet sağlayıcı işletme arasında söz konusu olmaya başlayan stratejik ilişki, fonksiyon ya da hizmet satın alan işletmenin çok daha yüksek bir performansa ulaşabilmesini sağlayabilmekte ve daha düşük maliyetlerle istenilen çözümlere ulaşılabilir. Bununla birlikte muhtemel risklerin de her iki tarafta yer alan işletme tarafından paylaşılması da, geleneksel müşteri – satıcı ilişkisinden farklı olarak dış kaynak kullanımı ile istenilen sonuçlara ulaşılabilmesini olanaklı hale getirmektedir (Türker ve Örerler, 2004: 60).

Dış kaynak kullanımı sayesinde işletmeler, işletme tarafından gerçekleştirilmesi gereken yan etkinlikleri ve fonksiyonları dışarıdan temin ederek zaman ve verimlilik noktasında avantaj elde edebilmekte ve bu bağlamda temel yeteneklerine daha fazla yönelerek maliyet avantajı elde edebilmektedirler. Aynı şekilde dış kaynak kullanımına yönelik hizmet veren işletmelerin görece daha büyük ölçekli olması, birden fazla işletmenin aynı yöndeki outsource ihtiyacının birleştirilerek karşılanmasına olanak sağlayabilmekte ve bu durum da dış kaynak kullanımı yoluna giden işletmelerin maliyetlerinin azaltılmasına katkıda bulunabilmektedir (Grossman, 2005).

Bununla birlikte dış kaynak kullanımının, işletmelere sadece maliyet avantajı sağlayan bir süreç olarak görülmesi ve değerlendirilmesi doğru olmayacaktır. Zira dış kaynak kullanımı bağlamında hizmet alan işletmeler, sadece maliyet avantajı noktasında değil operasyonel etkinliklerinin artırılması hususunda da stratejik belirlemelerde bulunabilme olanağına sahip olabilmektedirler. Aynı şekilde dış kaynak kullanımını bir yönetim stratejisi haline getirebilmiş işletmeler, toplam çalışan sayısını azaltmak noktasında da birtakım artılar elde edebilmektedirler (Gülen, 2007).

İşletmelerde dış kaynak kullanımının önemi bağlamında söz konusu edilen diğer hususlar da şu şekilde ifade edilebilir (Antonietti & Cainelli, 2007);

- Dış kaynak kullanımı, işletmelerin rekabet edebilirliklerini artırmak bakımından önem arz etmektedir.
- Dış kaynak kullanımı, işletmelerin dışarıdan temin edecekleri alanların belirlenmesi bağlamında ana faaliyetlerin sınırlarının daha net ortaya konulabilmesi bakımından önem arz etmektedir.
- Dış kaynak kullanımı, işletmelerin hizmet kalitesinin artırılmasını sağlamak bakımından önem arz etmektedir.
- Dış kaynak kullanımı, işletme faaliyetlerinin belirli bir eşgüdüm temelinde yerine getirilmesini sağlamak bakımından önem arz etmektedir.

- Dış kaynak kullanımı, işletme verimliliğinin ve performansının artırılmasını sağlamak bakımından önem arz etmektedir.
- Dış kaynak kullanımı, tedarikçi tarafından sunulan hizmetlerin belirli bir esneklik dahilinde ve geniş bir yelpazede sunulması bakımından önem arz etmekte ve bu durum işletme beklentilerinin daha fazla karşılanmasına olanak sağlamaktadır.
- Dış kaynak kullanımı, en yeni ve en gelişmiş ürün ve hizmetlerle işletme imajına katkıda bulunmak bakımından önem arz etmektedir.
- Dış kaynak kullanımı, dışarıdan temin edilen faaliyetlerin çok daha güvenilir bir şekilde yerine getirilmesini sağlamak bakımından önem arz etmektedir.
- Dış kaynak kullanımı, gerektiğinde dışarıdan temin edilen işletme faaliyetlerinin tekrar işletmenin kendisi tarafından sunulmasını sağlamak bakımından önem arz etmektedir.

4.4. Dış Kaynak Kullanımının Yaygınlaşmasını Teşvik Eden Faktörler

Son yıllarda küreselleşmenin getirmiş olduğu bir takım etkiler, piyasalara kendisini daha fazla hissettirmeye başlamış ve bu doğrultuda ekonomik sınırların ortadan kalkması ile birlikte, genel anlamda tüm dünyada rekabet koşullarının çok daha zorlaşmaya başladığı görülmektedir. Bu bağlamda işletmeler faaliyetlerini, yenilikçi bir anlayışla ve gelişmeleri yakından takip ederek yürütmek

durumundadırlar ki, dış kaynak kullanımı ile yeteneklerini ve kaynaklarını çok daha etkin ve verimli bir şekilde kullanma olanağına sahip olabilmektedirler. Bu kapsamda işletmelerin dış kaynak kullanmak adına hareket etmeleri, artık stratejik yönetim anlayışının doğal bir sonucu olarak görülmekte ve dış kaynaklardan yararlanılmasının özel bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın bu aşamasında, dış kaynak kullanımının günümüz itibariyle yaygınlaşmasının temelinde yer alan gelişmelerle ilgili ayrıntılı belirlemeler ve değerlendirmeler üzerinde durulacaktır.

4.4.1. Küreselleşme

Küreselleşme genel bir değerlendirme çerçevesinde; ekonomik, sosyal, teknolojik, kültürel, politik ve ekolojik bağlamda dünya genelinde söz konusu olmaya başlayan bütünleşmeyi ifade etmeye yönelik olarak kullanılmaktadır. Bu temelde küreselleşme, 1980’li yıllarla birlikte etkisini çok daha fazla hissettirmeye başlamış olan bir olgu olarak değerlendirilmektedir ve günümüz itibariyle de bu etki çok daha geniş bir kapsamda artarak devam etmektedir. Küreselleşme temelinde dünya devletlerinin ekonomik anlamda bütünleşmeleri ve ülkelerarası sınırların ortadan kalkmaya başlaması ile birlikte mal ve sermaye akışının kolaylıkla sağlanması gündeme gelmiş ve rekabet koşullarının değişmesine neden olan bu durum karşısında işletmeler, müşteri gereksinimlerine ve beklentilerine cevap vermede zorlanır hale gelmişlerdir. Dış kaynak kullanımı da bu noktada, işletmelerin hem hedef kitlelerinin değişen gereksinimlerine daha fazla cevap

verebilmelerini ve hem de pazar paylarını artırmalarını sağlamak bakımından önem arz etmektedir (Segouin, Hodges & Brechat, 2005).

Küreselleşme ile birlikte işletmelerin artık dünya genelinde birçok farklı ülkede ve/veya bölgede faaliyet göstermeye ve yine dünya genelinde birçok ülkeden ve/veya bölgeden hammadde ve yarı mamul madde tedarik etmeye başlamaları, nihai ürünlerini en uygun dağıtım kanalları ile birçok ülke pazarında sunma olanağına sahip olmaları ve tüm bu ve benzeri yöndeki faaliyetlerini kısa sürede ve planlayarak gerçekleştirmek zorunluluğu, dış kaynak kullanımını zorunlu hale getirmiş ve işletmeler bu yöndeki faaliyetlerini dışarıdan temin ederek avantaj elde edebilir hale gelmişlerdir (O’Riordan & Sweeney, 2007).

Küreselleşmenin temel dinamikleri arasında yer alan üretim, ulaşım ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelerin dış kaynak hizmeti sunulmasında yararlanılmaya başlanması, dünya genelinde ürün hareketliliğinin artmasının temelinde yer alan etmenler arasında değerlendirilmektedir. Bu temelde günümüzde söz konusu olan ticari faaliyetler geçmiş dönemlerle karşılaştırıldığında; mal, hizmet ve/veya sermaye hareketlerinin çok daha hızlı ve geniş kapsamlı olarak gerçekleştiği görülmektedir ve bu hıza ayak uydurmak isteyen işletmeler dış kaynak kullanımına çok daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (Tang & Zimmerman, 2009).

Sonuç olarak dış kaynak kullanımı; tedarikçilerin işletmeler için bir ortak niteliği taşıması bağlamında ve tedarikçiler ile işletmelerin işbirliği ve koordinasyonu ile çok daha kaliteli ürün ve/veya hizmet sunumunun yapılabilmesini sağlamak bakımından, küreselleşmenin

beraberinde getirdiği rekabet koşullarına uyum sağlayabilmeyi olanaklı hale getirmektedir. Bu niteliği doğrultusunda artık işletmeler tarafından önemli bir rekabet aracı olarak değerlendirilen dış kaynak kullanımı, işletmelere sağladığı katkılar ve getirdiği avantajlar bağlamında küreselleşme olgusunun gereklerine göre faaliyette bulunulmasına olanak tanımaktadır.

4.4.2. Hızlı değişim süreci

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde (BİT) yaşanan gelişmeler, işletmeler için birçoğ alanda yeni alternatifler sunduğu gibi, dış kaynak hizmeti sağlayan işletmeler de bu gelişmeler temelinde çok daha geniş bir yelpazede ve çok daha kapsamlı hizmet sunumunda bulunabilmektedirler. Örneğin; üretim ve ticaret işlemlerinde internet kullanımının yaygınlaşması, hem dış kaynak kullanmak adına hareket eden hem de dış kaynak hizmeti sunan işletmelere birçoğ olanak sunmakta ve bu temelde işletmeler değişimlere çok daha hızlı ayak uydurabilme becerisine sahip olabilmektedirler (Mitra, 2013). Bu bağlamda önceki anlatımlarda da yer verildiği üzere, küreselleşmenin beraberinde getirdiği rekabet koşullarına uygun hareket edebilmek ve BİT bağlamındaki değişimleri takip etmek isteyen işletmeler dış kaynak kullanımı yoluna gitmektedirler.

Hızlı değişim sürecinin beraberinde getirdiği sürekli değişim ihtiyacı, esnek bir yapılanmaya sahip olunması ve işletme verimliliğinin sürekli olarak artırılması zorunluluğu, işletmelerin risklerinin de paylaşılmasını gerektirmektedir. Bu temelde dış kaynak kullanımı, işletmelerin üretim, çalışma şekli ve çalışma süreleri

kapsamında esnek hareket edebilmelerine olanak sağlamakta ve maliyetlerin düşürülmesine, verimliliğin artırılmasına ve müşterilerin ani talep değişikliklerine cevap verilebilmesine katkıda bulunmaktadır (Dhar & Balakrishnan, 2006).

Dış kaynak kullanımı; pazar dinamiklerinde söz konusu olan sürekli değişimleri takip etmek, hedef kitlenin değişen beklentilerinin karşılanmasına yönelik faaliyette bulunmak ve sürekli olarak yeni arayışlara yönelmek isteyen işletmelerin yönetim felsefelerinde ve değerlerinde, amaç ve stratejilerinde, organizasyon yapılarında ve süreçlerinde değişim sağlaması bakımından, uygun yeni alternatif stratejiler belirlenmesini ve uygulanmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda işletmelerin kaynak dağılımları daha etkin olarak gerçekleştirilebilmekte ve işletme faaliyetleri en yüksek katkıyı sağlayacak şekilde düzenlenebilmektedir (Han & Mithas, 2013).

4.4.3. Rekabetin artması

İşletmelerin değişen rekabet koşullarına uyum sağlayabilmeleri ve de en önemlisi rekabet sürecinde kalıcı olabilmeleri için, daha farklı bir yapılanma içerisinde yer almalarını zorunlu kılabilir. Bu bağlamda günümüz rekabet koşullarında kalıcı üstünlüğe sahip olmak isteyen işletmeler, işletme stratejilerini yeniden oluşturmak adına hareket etmek durumundadırlar. Bu durum neticesinde dış kaynak kullanımı ile gerek ulusal ve gerekse uluslararası pazarlarda varlık gösterilebilmesi bakımından, işletme faaliyetlerinin yeniden yapılandırılmasını sağlayabilmektedir (Aris, Arshad & Mohamed, 2008).

Küreselleşmenin etkilerinin bu denli hissedilebilir olmasından önce işletmeler sadece ulusal rakipleri ile rekabet etmek durumundayken, küreselleşme ile birlikte ülkeler arasındaki sınırların ortadan kalkmaya başlaması ile uluslararası rakipleri de gözetmek durumunda kalmışlardır. Dolayısıyla da işletmeler için rekabet edebilirlik koşulları değişmeye başlamış ve değişen müşteri gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamak her şeyden daha önemli hale gelmiştir (Cullen, Seddon & Willcocks, 2006).

Bu süreçte işletmeler, ancak küresel rekabet stratejilerini faaliyetlerine uygulayabilmeleri oranında güç kazanabilir hale gelmişlerdir ki, dış kaynak kullanımı yoluna gidilmesi bu gücün kazanılmasını sağlayan önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Zira dış kaynak kullanımı; hem işletmelerin kârlarını hem de pazar paylarını artırmalarını sağlamak adına alternatifsiz bir olanak sunmaktadır ve işletmelerin değişen rekabet koşullarına ayak uydurabilmelerini olanaklı hale getirmektedir (Liu & Nagurney, 2010).

4.4.4. Teknolojik gelişmeler

Hem BİT bağlamında söz konusu olan değişimler ve gelişmeler hem de genel anlamda teknolojinin yaygın olarak kullanılmaya başlanması, işletmelerin faaliyetlerini teknoloji – yoğun olarak sürdürmeleri anlayışını beraberinde getirmiştir. Böylelikle işletmeler, maliyetlerini artırdıklarını düşündükleri faaliyetlerini çok daha düşük maliyetler üzerinden o alanda hizmet veren uzman işletmelere

devretmeye başlamışlar ve kendi faaliyet alanlarına odaklanabilme olanağına sahip olabilmışlardır (Manzin & Kodric, 2010).

Dış kaynak hizmeti sunan işletmelerin de faaliyetlerinde teknolojik gelişmelere yer vermeleri, bu yönde hizmet satın alan işletmelere etkinliklerini ve verimliliklerini artırma olanağı sağlamakta ve bu temelde değer yaratan stratejiler geliştirilebilmekte ve uygulanabilmektedir. Zira teknoloji bağlamında söz konusu olan değişimler ve gelişmeler, BİT ve taşıma sektörüne direkt olarak ve hızlı bir şekilde yansımakta ve “yer ve zamanı azaltmaya yönelik teknolojiler (time and space – shrinking technology)” dış kaynak kullanımını sürecinde işletmelere avantaj olarak sunulmaktadır (Crow & Muthuswamy, 2013).

4.5. Dış Kaynak Kullanımının Avantajları ve Dezavantajları

Dış kaynak kullanımı, aynı hedeflere yönelik olarak işletmelerin birbirleri ile risk paylaşmalarına olanak sağlamakla birlikte, bazı istenmeyen ya da kontrol edilemeyen durumların da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda işletmelerin dış kaynak kullanmak adına hareket edecekleri alanları belirlerken, konu ile ilgili olarak söz konusu edilen birtakım avantajları ve dezavantajları göz önünde bulundurmaları gerektiği belirtilmektedir.

Çalışmanın bu aşamasında, dış kaynak kullanımının beraberinde getirdiği birtakım avantajlar ve dezavantajlarla ilgili ayrıntılı belirlemelerde ve değerlendirmelerde bulunulacaktır.

4.5.1. Dış kaynak kullanımının avantajları

Dış kaynak kullanımının işletmeler için söz konusu olan birtakım avantajları aşağıda verilen alt başlıklarda değerlendirilmiştir.

1. Dış kaynak kullanımı, işletmenin temel yeteneklerine odaklanabilmesini sağlamaktadır.

İşletmelerin rekabet edebilme yeteneklerini artırabilmeleri için “temel yetkinliklere ya da esas işe odaklanma (core competency)” anlamındaki “temel yeteneklerine” odaklanabilmeleri son derece önemlidir. Zira temel faaliyet alanlarının dışındaki faaliyetleri de işletme bünyesine yönelik olanaklarla karşılamak adına hareket eden işletmeler, ana faaliyetlerine yeterince zaman ve kaynak ayıramamak bakımından rekabet yarışının gerisinde kalabilmektedirler. İşletmeler için büyük sorunların yaşanmasına neden olan bu durumun bertaraf edilebilmesi için dış kaynak kullanımı, işletmeler için alternatifsiz bir önem ifade etmektedir. Çünkü işletmeler bu sayede esas işlerine odaklanabilmekte, gereksiz iş yükünden kurtulabilmekte ve temel yeteneklerinde daha fazla uzmanlaşarak piyasa koşullarına çok daha kolay uyum sağlayabilmektedirler (Baradari, 2014).

2. Dış kaynak kullanımı, işletme maliyetlerinin düşürülmesini sağlamaktadır.

Dış kaynak kullanımının işletmelere sağladığı en önemli avantajlardan birisi de işletme maliyetlerinin düşürülmesine katkı sağlamasıdır. Bu bağlamda işletmeler, temel yeteneklerinin dışında kalan faaliyetleri dışarıdan temin ederek maliyet açısından rekabet avantajı elde edebilmektedir. İşletmenin içerisinde yer aldığı sektöre

ve dışarıdan temin edilen işletme faaliyetinin niteliğine ve kapsamına göre değişebilmekle birlikte, dış kaynak kullanımının işletmelere % 20 ile % 40 arasında maliyet avantajı sağladığı belirtilmektedir (Taylor, 2005).

3. Dış kaynak kullanımı, işletme maliyetlerinin öngörülebilmesine olanak sağlamaktadır.

İşletme maliyetlerinin önceden bilinmesi, işletmelerin rekabet avantajı elde edebilmelerine olanak sağlayan önemli unsurlardan biridir. Bu bağlamda işletmeler faaliyetlerini yerine getirme sürecinde ne tür maliyetlerle karşılaşabileceklerini önceden bilebildikleri oranda kontrollü hareket edebilecekler ve gerekli hususlarda tedbir alabileceklerdir. Bununla birlikte işletme maliyetlerinin öngörülemeyen bazı nedenlerden dolayı önceden bilinmemesi, işletmelerin büyük zararlara maruz kalabilmelerine neden olabilmektedir. Bu yönüyle dış kaynak kullanımı, işletmelerin dışarıdan temin ettikleri faaliyetlerine yönelik maliyetlerini önceden bilebilmelerine olanak sağlamak ve öngörülemeyen harcamaların önüne geçilmesini mümkün kılmaktadır (Cox, Roberts & Walton, 2011).

4. Dış kaynak kullanımı, BİT'den gerekli düzeyde faydalanılabilmesini sağlamaktadır.

Günümüz işletmelerinde BİT kullanımının gerekli düzeyde olabilmesini sağlamak, işletme faaliyetlerinin de gereği gibi yürütülebilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle de işletmeler; BİT konusunda doğru seçimler yapabilmek, bu yöndeki seçimlerini

işletme faaliyetlerine uyarlayabilmek ve yönetilmesini sağlamak durumundadırlar. İşletmenin rekabet edebilirliğine katkıda bulunan bu süreçler için dış kaynak kullanımı yoluna gidilmesi, işletmelerin profesyonel bir anlayışla uygulamada bulunabilmelerini ve karşılaşılabilecekleri sorunları bertaraf edebilmelerini olanaklı kılmaktadır (Tayauova, 2012).

5. Dış kaynak kullanımı, hizmet kalitesi ve standartları ile müşteri memnuniyetinin artırılmasını sağlamaktadır.

Dış kaynak kullanımı süreci, dış kaynak kullanımı adına hareket eden işletme ile dış kaynak hizmeti sunan işletme arasında söz konusu edilen sözleşmelere endeksli olarak yürütülmektedir ve bu sözleşmede hizmet kalitesi standartlarına yönelik belirlemeler taahhüt altına alınmaktadır. Bu nedenle de işletmeler, dışarıdan temin ettikleri faaliyetlerinin belirli bir hizmet kalitesi dâhilinde verilmesi ve bu temelde müşteri memnuniyetinin sağlanması konusunda birtakım avantajlar elde edebilmektedirler (Kremic, Icmeli – Tukul & Rom, 2006).

6. Dış kaynak kullanımı, işletmelere süreç yenileme kapsamında avantaj sağlamaktadır.

Süreç yenileme faaliyetleri; işletmelerin rekabet koşullarına uyum sağlayabilmelerine yönelik olarak ve müşterilerine daha kaliteli, hızlı ve ucuz hizmet sunabilmeleri amacıyla işletme bünyesinde söz konusu edilen tüm iş, işleyiş ve süreçlerin köklü bir değerlendirmeye tabi tutulmasını ve gerekli görülmesi durumunda yeniden yapılandırılmasını ifade etmektedir. Bu noktada süreç yenileme

kapsamında dış kaynak kullanılması adına hareket eden işletmeler, bu alanda uzmanlaşmış tedarikçi işletmelerden ve bu işletmelerin uzmanlarından faydalanarak daha doğru belirlemelerde ve değerlendirmelerde bulunabilmektedirler (Jacobson, 2004: 21).

7. Dış kaynak kullanımı, işletmelere kaynak sürekliliği sağlamaktadır.

İşten ayrılma, hastalık ve izin gibi nedenlerle işe devamsızlık, işgücü devir hızı vb. nedenler, işletmelerin kaynak sürekliliğini tehdit eden temel nedenler arasında değerlendirilmektedir. Bu bağlamda işletmeler, faaliyetlerini belirli bir etkinlik ve verimlilik içerisinde devam ettirebilmek adına kaynak sürekliliğini sağlamak durumundadırlar. Dış kaynak kullanımı da işletmelerin kaynak sürekliliğinin ve ek kaynak gerektirmeden işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesinin sağlanması bağlamında önem arz etmektedir (Boşcor & Băltescu, 2014).

8. Dış kaynak kullanımı, işletmelerin geniş ve esnek kaynak havuzuna sahip olmalarını sağlamaktadır.

İşletmelerin temel yetenekleri dışında kalan faaliyetleri kendi bünyelerinde yürütmeleri; farklı alana ilişkin olan ve farklı konularda uzmanlık gerektiren farklı yöndeki hizmetlerin, aynı işletme kaynakları ile karşılanmasını sağlamaya çalışmak anlamına gelecektir ki, bu da aslında söz konusu hizmetlerin belirli bir etkinlik ve verimlilikten yoksun kalmalarına neden olacaktır. Bu nedenle işletme kaynaklarının geniş ve esnek bir kaynak havuzuna sahip tedarikçiler tarafından yönetilmesi; kaynak yönetimi, entegrasyonu ve

koordinasyonu açısından işletmelere avantaj sağlayacaktır. Bu noktada özellikle dönemsel ihtiyaçlar konusunda işletmelerin dış kaynak kullanmak adına hareket etmeleri, işletmelerin daha esnek olabilmelerini olanaklı kılmaktadır (Christina, 2013).

Söz konusu edilen bu belirlemeler haricinde dış kaynak kullanımının işletmelere aşağıda verilen avantajları sağladığı belirtilmektedir (Oza & Hill, 2007);

- Dış kaynak kullanımı işletme tarafından yerine getirilen faaliyetlerin sınıflandırılmasını sağlayarak, daha etkili bir yönetim anlayışı doğrultusunda hareket edilmesini sağlar.
- Dış kaynak kullanımı, işletme tarafından yerine getirilen faaliyetlerin sınıflandırılması ve bu doğrultuda bazı faaliyetlerin dışarıdan temin edilmesi neticesinde söz konusu olan küçülmeye karşılık, işletmenin temel faaliyetleri noktasında daha esnek hareket edilmesini sağlar.
- Dış kaynak kullanımı, dışarıdan temin edilen işletme faaliyetleri için yeni yatırımlar yapılmasına ve bu yatırımlar için ihtiyaç duyulacak ek kaynakların temin edilmesine yönelik risklerin azaltılmasını ya da tamamıyla devre dışı bırakılmasını sağlar.
- Dış kaynak kullanımı, zamanın işletmeler tarafından daha etkin ve tasarruflu kullanılmasını sağlar.
- Dış kaynak kullanımı, işletme sermayesinin tamamıyla temel yeteneklere kanalize edilebilmesini sağlaması bakımından, işletme ürün ve/veya hizmetlerinin daha kaliteli sunulmasını

ve işletme verimliliğinin ve etkinliğinin artırılmasını olanaklı kılar.

4.5.2. Dış kaynak kullanımının dezavantajları

Dış kaynak kullanımının, işletmeler için söz konusu olan birtakım dezavantajlar aşağıda verilen alt başlıklarda değerlendirilmiştir.

1. Dış kaynak kullanımı, ek kontrol maliyetlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Dış kaynak kullanımı, tedarikçi durumundaki işletmenin faaliyetlerinin de kontrol edilmesi gerekliliğini beraberinde getirmesi bakımından, işletmeler için bazı ek maliyetlerin gündeme gelmesine de neden olabilmektedir. Zira dış kaynak kullanımı sürecinin belirli bir verimlilik dâhilinde yürütülebilmesi için, etkin bir kontrol mekanizmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Zira tedarikçi işletme tarafından yerine getirilen faaliyetlerin işletmeye uygun olarak gerçekleştirilmemesi, işletmeler için daha büyük zararların doğmasına neden olabilmektedir (Iqbal & Dad, 2013).

2. Dış kaynak kullanımı, çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir.

Dış kaynak kullanımı yoluna giden işletmeler, daha öncesinde işletme bünyesinde yerine getirilen birtakım faaliyetleri üstlenmiş olan personelini işten çıkarma yoluna gidebilmektedirler. Bu doğrultuda işletmede istihdam edilen personele yönelik söz konusu edilen bu yöndeki düzenlemeler, işten çıkarılmamış olan diğer personeli de

olumsuz etkileyebilmekte ve işletme personelinin motivasyon ve verimlilik düzeyi genel olarak düşebilmektedir. Zira her an işten çıkarılma korkusu ile karşı karşıya kalan personel gelecek korkusu yaşamaya başlamakta ve bu durum stres düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Bu yönüyle dış kaynak kullanımının işletme personeli üzerinde; işe yabancılaşma, işgücü verimliliğinin düşmesi, işe devamsızlık oranının artması, iş tatmini düzeyinde düşme görülmesi, işe kayıtsızlık, örgütsel bağlılık ve sadakat düzeyinin düşmesi vb. anlamında etkileri olabileceği belirtilmektedir (Pirannejad, Salami & Mollae, 2010).

3. Dış kaynak kullanımı, dışarıdan temin edilen işletme faaliyetleri üzerindeki kontrolün kaybedilmesine neden olabilmektedir.

Dış kaynak kullanımı yoluna giden işletmelerin, dışarıdan temin ettikleri faaliyetlerinin başarısı, tedarikçi işletmenin ne denli verimli hizmet verdiğine endeksli olarak değişmiş olmaktadır. Bu doğrultuda eğer tedarikçi işletme, dış kaynak kullanan işletmenin misyonuna uygun hizmet vermiş olamazsa işletme başarısı da o oranda düşmüş olacaktır. Bu nedenle de dış kaynak kullanan işletmelerin tedarikçi işletmeleri sürekli olarak kontrol altında tutmaları ve tedarikçi işletmeler tarafından yerine getirilecek faaliyetleri sürekli olarak izlemeleri gerektiği belirtilmektedir (Felea, 2011).

4. Dış kaynak kullanımı esneklik kaybına neden olabilmektedir.

Dış kaynak kullanımı sürecinde uzun vadeli sözleşmeler yapılması, hem dış kaynak kullanmak adına hareket eden işletmeler hem de tedarikçi işletmeler için maliyet avantajı sağlaması bakımından sıklıkla tercih edilmektedir. Ancak özellikle dış kaynak kullanan işletmelerin uzun vadeli sözleşmelerde esnek çözümlere yer verildiğine dikkat etmeleri gerekmektedir. Zira işletmenin bugünkü ihtiyaçlarını gözeterek yapılan sözleşmeler uzun vadede işletme ihtiyaçlarını karşılayamayabilmekte ve bu durum da kaçınılmaz olarak işletme için birtakım dezavantajların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Hila & Dumitraşcu, 2014).

5. Dış kaynak kullanımı, niteliksiz tedarikçi işletmeler nedeniyle işletme başarısının düşmesine neden olabilmektedir.

İşletmelerin dış kaynak kullanımına yönelik beklentilerinin ve taleplerinin karşılanması, tedarikçi işletmenin niteliğine bağlı olarak değişmiş olacaktır. Bu nedenle de dış kaynak kullanmak adına hareket eden işletmeler nitelikli bir tedarikçi işletme ile çalışmaya özen göstermek ve işletme ihtiyaçlarından anlayan, yönetim yetenekleri, fiziksel olanakları insan kaynakları, finansal gücü ve kültürel uyumu işletmeye uygun olan tedarikçileri tercih etmek durumundadırlar (Al – Khachroum & Kennawi, 2010).

6. Dış kaynak kullanımı, sözleşme hükümlerinin yerine getirilmemesi doğrultusunda işletme faaliyetlerinin aksamasına neden olabilmektedir.

Eğer tedarikçi çeşitli nedenlerden dolayı sorumluluklarını yerine getirememiş olursa, dış kaynak kullanımı adına hareket eden işletmenin faaliyetlerinin aksaması ya da tamamıyla yerine getirilememesi kaçınılmaz olacaktır. Bu nedenle de tedarikçi işletme ile dış kaynak kullanan işletme arasında yapılan sözleşmelerde alternatif çözümlere de yer vermek adına hareket edilmeli ve tedarikçi işletmenin sözleşme hükümlerini yerine getirememesi durumunda bu çözümlerin uygulamaya konulması sağlanmalıdır (MacCormack, Forbath, Brooks & Kalaher, 2007).

7. Dış kaynak kullanımı, işletme yeteneklerinin kaybedilmesine neden olabilmektedir.

Sürekli olarak ve birçok işletme faaliyeti için dış kaynak kullanmak adına hareket eden işletmeler, uzun vadede işletme varlığının devam ettirilebilmesi için kritik öneme sahip yeteneklerinin zayıflaması gibi bir dezavantajla karşı karşıya kalabilmektedirler. Zira süreç içerisinde dışarıdan temin edilen işletme faaliyetlerine yönelik kapasitelerin ve yeteneklerin kullanılmaması gündeme gelmiş olacak ve bu doğrultuda işletmelerin ürün ve/veya hizmetlerin üretilmesi kapsamında elde ettikleri bilgi ve yetenekleri kaybedebileceklerdir (Troacă & Bodislav, 2012).

4.6. Dış Kaynak Kullanımı Tipleri

Dış kaynak kullanımı birçok sınıflandırma doğrultusunda değerlendirilebilmekle birlikte; genel olarak eğitim faaliyetlerinin dışarıdan temin edilmesi, BİT bağlamında dış kaynak kullanımı, insan kaynaklarının temin edilmesi, lojistik faaliyetler gibi alanlarda temel birtakım esaslar göz önünde bulundurularak sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu doğrultuda ilgili literatürde dış kaynak kullanımının, genel belirlemeler doğrultusunda aşağıda verilen alt başlıklar kapsamında sınıflandırılabilmesi söz konusudur.

4.6.1. Dışarıya iş verme (out – tasking)

“Dışarıya İş Verme (Out – Tasking)”; işletmenin belirli bir alana ilişkin tüm faaliyetlerinin, bu yöndeki tüm ihtiyaçları karşılamaya yönelik olarak bütünsel hizmet veren ve o alanda uzmanlaşmış olan tedarikçilerin kiralanması doğrultusunda karşılanmasını ifade etmektedir (Kooymans, 2000). Bu bağlamda işletmelerin dışarıya iş verme anlamında dış kaynak kullanımı yoluna gitmeleri; yüksek becerilere ve yeteneklere sahip tedarikçilerden faydalanılmasını sağlaması, birden fazla tedarikçi ile çalışma olanağı bulunması ve tedarikçi işletmelerin kolayca değiştirilebilmesi gibi olanaklar açısından işletmeler için avantaj sağlayabilmektedir (Niskanen, 2013: 32). Bununla birlikte dışarıya iş verme bağlamında dış kaynak kullanımı, dışarıdan temin edilen işletme faaliyetlerin gereği gibi yerine getirilememesi bağlamında işletme için birtakım dezavantajlara neden olabilmektedir (Sahrawat, 2008).

4.6.2. Fonksiyonel kaynak sağlama (functional sourcing)

“Fonksiyonel Kaynak Sağlama (Functional Sourcing)”; işletmelerin “fonksiyonel hizmetler” olarak nitelendirilen temizlik, kontrol, bakım – onarım vb. gibi faaliyetlerini dışarıdan temin etmelerini ve bu faaliyetleri kapsamında tedarikçi işletmelerden hizmet almalarını ifade etmektedir (Agndal & Nordin, 2009). Dış kaynak kullanımı sürecinde tedarikçi işletmelerin fonksiyonel kaynak sağlama hizmetlerinden yararlanılması, işletmelerin bu yöndeki faaliyetler için kaynak ayırmaları gerekliliğinin devre dışı bırakılmasını sağlamak bakımından avantaj kazandırmaktadır (Papageorgiou, Yasseen & Padia, 2012). Bununla birlikte işletmelerin fonksiyonel kaynak sağlama bağlamında dış kaynak kullanmaları, bu kapsamda yer alan faaliyetlerin yönetsel anlamda koordine edilememesine neden olduğundan birtakım dezavantajları da beraberinde getirebilmektedir (Willcocks & Feeny, 2008).

4.6.3. Dikey kaynak sağlama (vertical sourcing)

“Dikey Kaynak Sağlama (Vertical Sourcing)”; işletmelerin belirli bir döneme yönelik faaliyetlerini, bir ya da birden fazla tedarikçi işletmeden temin etmelerini ve bu faaliyetlere yönelik işletme hakkını tedarikçi işletmelere devretmelerini ifade etmektedir (Fossati, 2012: 21). Bu bağlamda dikey kaynak sağlama kapsamında dış kaynak kullanımı; işletmelere düşük maliyet, kaynak tasarrufu, yönetimsel bütünlük ve personel sayısından tasarruf etme gibi birtakım avantajlar sağlamaktadır (Markusen, & Xie, 2013). Bununla birlikte dikey kaynak sağlama; tedarikçi işletmelerin beklentileri ve

talepleri karşılayamaması ya da işletme misyonuna uygun olmayan yönde hizmet sunmaları doğrultusunda birtakım dezavantajları beraberinde getirebilmektedir (Ferreira, Armagan & Li, 2007).

4.6.4. Bütünleşik dış kaynak sağlama (integrative outsourcing)

“Bütünleşik Dış Kaynak Sağlama (Integrative Outsourcing)”; işletmenin belirli bir alana yönelik faaliyetlerinin yerine getirilmesine yönelik uzman eleman istihdam edilmesini ve bu eleman tarafından yerine getirilen işletme fonksiyonlarının süreç içerisinde işletmenin hizmet dağıtımı, insan kaynakları, araç yönetimi, tedarik vb. gibi diğer fonksiyonları ile bütünleştirilmesini ifade etmektedir (Mukherjee, Gaur & Datta, 2013).

Bu bağlamda bütünleşik kaynak sağlama kapsamında dış kaynak kullanımı; işletmenin belirli fonksiyonlarını uzmanlık sahibi kişilere devretmesi doğrultusunda o fonksiyonlara yönelik daha etkin ve verimli hizmet verebilmesini, işletme risklerinin paylaşılmasını ve işletme becerilerinin artırılabilmesini sağlamak bakımından birtakım avantajlar sunmaktadır (Nahar & Kuivanen, 2010). Bununla birlikte bütünleşik dış kaynak kullanımı; uzun vadeli sözleşmeler yapılmasını gerektirmesi bakımından, işletmelerin esnekliğine zarar verebilmektedir (Williamson, 2008).

4.6.5. Stratejik kaynak sağlama (strategic sourcing)

“Stratejik Kaynak Sağlama (Strategic Sourcing)”; işletme fonksiyonlarının performansının ve verimliliğinin sürdürülebilir bir iyileştirme düzeyine ulaştırılabilesine yönelik olarak belirli maliyetler doğrultusunda düzenlenmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda stratejik kaynak sağlama kapsamında dış kaynak kullanımı; işletmelerin katma değerine önemli ölçüde katkıda bulunmakta ve işletmelerin daha fazla rekabet avantajı elde edebilmelerini olanaklı kılmaktadır (Chen & Guo, 2014).

Bununla birlikte stratejik kaynak sağlama; personel ve fiziksel varlıkların transferi de dâhil mülkiyet transferinin zamanında yapılmaması, kısa vadeli ve kapsamlı olmayan sözleşmeler doğrultusunda hareket edilmesi, tarafların yükümlülüklerinin ve hizmet düzeylerinin sözleşmede olması gereken şekilde yer bulmaması ve sürecin gereği gibi işletilmemesi durumunda birtakım dezavantajları da beraberinde getirebilmektedir (Holcomb & Hitt, 2007).

4.7. Dış Kaynak Kullanım Türleri

Dış kaynak kullanım türleri, “Yararlanılan Dış Kaynağın Çeşidine Göre Sınıflandırma” ve “Yararlanılan Konunun Kapsamına Göre Sınıflandırma” bağlamında değerlendirilmektedir. Çalışmanın bu aşamasında, söz konusu edilen bu sınıflandırmalar doğrultusunda dış kaynak kullanım türleri ile ilgili ayrıntılı belirlemeler üzerinde durulacaktır.

4.7.1. Yararlanılan dış kaynağın çeşidine göre sınıflandırma

4.7.1.1. Geleneksel dış kaynak kullanımı

“Geleneksel Dış Kaynak Kullanımı”; işletmelerin belirli bir alana yönelik faaliyetlerini ya da fonksiyonlarını, bu alanda hizmet veren tedarikçi bir işletmeye devretmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda geleneksel dış kaynak kullanımı sürecinde tedarikçi işletme; dış kaynak kullanma yoluna giden işletmeye söz konusu faaliyetlerle ilgili olarak satın alma, donanım, insan kaynakları ve ilgili diğer unsurlar kapsamında hizmet sağlamaktadır (Ofluoğlu ve Doğan, 2009).

Geleneksel dış kaynak kullanımı bağlamında işletmeler; yemek, temizlik, güvenlik, lojistik, aydınlatma, havalandırma ve soğutma sistemleri, teknolojik altyapı desteği sağlanması, dekorasyon, teşhir, tanıtım ve reklam faaliyetleri, iş giysilerinin temini, ambalaj ihtiyacı, broşür ve tanıtım kartları hazırlanması, basılması ve dağıtılması, müşteri hizmetlerinin koordine edilmesi ve müşteriler için promosyonlar düzenlenmesi vb. alanlarda tedarikçi işletmeden hizmet satın alabilmektedirler (Bailey, Mason & Raeside, 2002).

4.7.1.2. Danışmanlık işletmelerinden yararlanma

Danışmanlık işletmelerinden yararlanma bağlamında dış kaynak kullanımı; alanında uzman personel istihdam eden ve bu uzmanlar aracılığıyla işletme iş ve süreçlerinin değerlendirilmesi, analiz edilmesi ve işletmelere özel çözüm yolları sunulması vb. anlamında tedarikçi işletmeler tarafından hizmet sunulması olarak ifade edilmektedir (Ecerkale ve Kovancı, 2005). Bu bağlamda danışmanlık

işletmelerinden yararlanmak bağlamında dış kaynak kullanımı yoluna giden işletmeler; özellikle mali danışmanlık, denetim, finans yönetimi, BİT, İKY, AR – GE faaliyetlerinin koordine edilmesi, halkla ilişkiler faaliyetlerinin düzenlenmesi, Müşteri İlişkileri Yönetimi (MİY), pazarlama faaliyetlerinin düzenlenmesi, kalite yönetimi vb. alanlarda hizmet satın alabilmektedirler (Hamel & Prahalad, 1990).

4.7.1.3. Bağımsız çalışanlardan yararlanma

Bağımsız çalışanlardan yararlanma bağlamında dış kaynak kullanımı, işletmelerin ihtiyaç duydukları alanlarda konunun uzmanı olan ve bağımsız olarak çalışan kişilerden hizmet satın almalarını ifade etmektedir. Bu bağlamda özellikle akademisyenlerin ve sektörde uzun yıllar yönetici olarak görev yapmış olan kişilerin bağımsız olarak işletmelere danışmanlık yapmak adına hareket etmeleri söz konusu olabilmektedir (Tutar, İnanç ve Güner, 2006).

4.7.1.4. İşgören kiralama (işgören tedarikçiliği)

İşgören kiralama ya da işgören tedarikçiliği bağlamında dış kaynak kullanımı, işletmelerin ihtiyaç duyduğu insan kaynağını direkt olarak işletmede istihdam etmek yerine, bağlı buldukları tedarikçi işletmeden belirli bir süre için kiralamalarını ifade etmektedir. Bu bağlamda işgören tedarikçiliği, işgücü maliyetlerinin kontrol altında tutulabilmesi ve işletme personelinin konu ile ilgili olarak eğitilmesine gerek kalmaması adına zamandan tasarruf edilebilmesi anlamında işletmeler için birtakım avantajlar sunmaktadır (Tülüce, 2001: 66).

4.7.2. Yararlanılan konunun kapsamına göre sınıflama

Dış kaynak kullanımı, yararlanılan konunun kapsamına göre de sınıflandırılabilir. Bu bağlamda işletmeler aşağıda ayrıntılı olarak ele alındığı şekilde, fonksiyonlar bazında bütün olarak dış kaynak kullanmak adına hareket edebildikleri gibi, fonksiyonlar bazında kısmi olarak da dış kaynak kullanımı yoluna gidebilmektedirler.

1. Fonksiyonlar bazında bütün olarak dış kaynak kullanımı

Fonksiyonlar bazında bütün olarak dış kaynak kullanımı, işletmenin belirli bir fonksiyonuna ya da faaliyet alanına yönelik tüm işleyişleri tedarikçi işletmeden temin ettiği hizmetlerle karşılmasını ifade etmektedir (Gözüküçük ve Çelik, 2012). Bu bağlamda işletmeler; “birinci derece fonksiyonlar” olarak nitelendirilen muhasebe, finansman, pazarlama, İKY ve üretim fonksiyonlarını ve bu alanlardaki faaliyetlerini dış kaynaklardan temin etmek adına hareket etmekteyseler, bu yöndeki faaliyetler tüm alt fonksiyonları ile birlikte dışarıdan temin edilmektedir (Momme, 2002). Aynı şekilde söz konusu edilen bu fonksiyonlar ve alt fonksiyonları tek bir tedarikçi işletmeden hizmet satın alınması yoluyla karşılanabildiği gibi, birden fazla tedarikçi işletmeden de hizmet satın alınabilmektedir (Gökdere, 2000).

2. Fonksiyonlar bazında kısmi olarak dış kaynak kullanımı

Fonksiyonlar bazında kısmi olarak dış kaynak kullanımı, işletmelerin birinci derece fonksiyonlarının tamamını değil, bu fonksiyonların ya da alt fonksiyonlarının bir kısmını dışarıdan temin

etmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda işletme; İKY kapsamında yer alan tüm fonksiyonları değil de, örneğin sadece insan kaynaklarının temini ve seçimi sürecini ya da eğitimi ve geliştirilmesini dışarıdan temin ederek, fonksiyonlar bazında kısmi olarak dış kaynak kullanmak adına hareket etmiş olmaktadır (Coşkun, 2002: 202– 203).

4.8. Dış Kaynak Kullanımı Faaliyet Alanları

İşletmeler dış kaynak kullanımı faaliyet alanlarını giderek daha fazla faaliyetlerine yönelik olarak kullanmayı tercih etmektedirler. Bu bağlamda sektörel anlamda işletmelerin en fazla BİT kapsamındaki faaliyetlerini dışarıdan temin ettikleri ve BİT faaliyetlerini de temizlik, yemek, güvenlik, lojistik, İKY, parça üretimi, finans yönetimi, muhasebe, pazarlama, telekomünikasyon ve MİY ile ilgili faaliyetlerin takip ettiği belirtilmektedir. Bununla birlikte nadir de olsa, işletmelerin bütünüyle dış kaynak kullanımı yoluna gittikleri görülmektedir (Öztürk ve Sezgili, 2002).

İşletmelerin dış kaynak kullanımında sıklıkla yer verdikleri faaliyet alanları ile ilgili ayrıntılı belirlemelere ve değerlendirmelere aşağıda verilen alt başlıklarda değerlendirilmiştir.

4.8.1. Bilgi teknolojilerinde dış kaynak kullanımı

İşletmelerin BİT bağlamında dış kaynak kullanımı adına hareket etmeleri, özellikle 1990'lı yıllarla birlikte sektörde söz konusu olmaya başlayan değişimler ve gelişmeler doğrultusunda kaçınılmaz hale gelmiştir. Bu bağlamda BİT ile ilgili olarak işletmelerin; özellikle son kullanıcı destek hizmetleri, donanım destek hizmetleri, yerel ağ

kurulması ve açık ağ işletmeciliği gibi “operasyonel hizmetler” ile geniş alan ağlarının kurulması, sunucu merkezleri kurulum hizmetleri ve uygulama gerçekleştirme merkezleri gibi “proje entegrasyon hizmetleri” ilgili faaliyetlerini dışarıdan temin ettikleri görülmektedir. Aynı şekilde uygulama servis sağlayıcıları, telekomünikasyon, web tasarımı ve uygulama servis sağlayıcılığı gibi “açık ortam hizmetleri” ile bilişim planlama hizmetleri ve kapalı yapı sistemleri kurulması gibi “kurumsal işlem hizmetleri” kapsamında da dış kaynak kullanımı yoluna gidilmesi söz konusu olabilmektedir (Bektaş ve Yılmaz, 2006).

İşletmelerin BİT bağlamda dış kaynak kullanmaları, hem temel yetenekleri bağlamında daha etkin ve verimli olmalarını sağlamakta hem de bu yöndeki faaliyetlerin uzman tedarikçiler tarafından yerine getirilmesi işletmeler için enerji ve zaman anlamında tasarruf edilmesini olanaklı kılmaktadır. Bu doğrultuda özellikle Almanya, Fransa ve İtalya gibi gelişmiş ülkelerde işletmelerin dış kaynak kullandıkları sektörün BİT olduğu belirtilmektedir (Özdemir, 2010).

4.8.2. İş süreçlerinde dış kaynak kullanımı

İş süreçlerinde dış kaynak kullanımı; işletmelerin temel yeteneklerine yoğunlaşabilmelerini sağlaması ve bu doğrultuda performanslarını, verimliliklerini ve etkinliklerini artırabilmelerini, rekabet avantajı elde edebilmelerini ve küresel pazarlarda variyet gösterebilmelerini olanaklı kılması bakımından sıklıkla tercih edilen bir dış kaynak kullanım alanı olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda işletmeler temel yetenekleri dışında kalan iş süreçleri ile ilgili faaliyetlerini dışarıdan temin ederek, maliyetlerini azaltabilmekte

ve o doğrultuda kâr oranlarını artırabilmektedirler (Bakan, Fettahlıoğlu ve Eytmiş, 2012).

4.8.3. İnsan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı

İKY bağlamında dış kaynak kullanımı, yine işletmeler tarafından en fazla dışarıdan temin edilen bir alan olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda işletmeler; özellikle personel sayısını azaltmak istediklerinde, küçülme eğilimi gösterdiklerinde, faaliyet gösterdikleri ülkeye uyum sağlama sürecinde ve o ülkenin işgücünden yararlanma zorunluluğu nedeniyle, daha fazla esneklik kazanabilmek için, teknolojik değişimlerden ve gelişimlerden olabildiğince yararlanabilmek adına, uzmanlaşmış yeteneklerden faydalanmak istediklerinde ve stratejik konulara odaklanılması gerektiğinde İKY kapsamında faaliyetlerini dışarıdan temin edebilmektedirler (Ecerkale ve Kovancı, 2005).

İKY faaliyetlerinin dışarıdan temin sürecinde; özellikle bordro işlemlerinin, işgören veri kayıtlarının tutulmasının, işgören geliştirme programları düzenlenmesinin, işgören eğitimlerinin, kariyer planlamalarının, personel temini ve seçme işlemlerinin ve İKY kapsamında yer alan BİT faaliyetlerinin tedarikçi işletmelerden hizmet satın alınması yoluyla karşılandığı görülmektedir (Ataman, 2004).

4.8.4. İşgören ihtiyacının karşılanmasında dış kaynak kullanımı

İşgören ihtiyacının karşılanması bağlamında dış kaynak kullanımı, özellikle dönemlik personel ihtiyacı söz konusu olduğunda ve işletme yönetimi için uzman personel temini konusunda söz konusu edilmektedir. Bu bağlamda işgören ihtiyacının karşılanması noktasında tedarikçi işletmelerden hizmet satın alınması, İKY süreçleri arasında en fazla dış kaynak kullanılan faaliyet alanı olarak değerlendirilmektedir (Smith, Boroski & Davis, 1992). Zira işgören ihtiyaçlarının karşılanması noktasında dış kaynak kullanan işletmeler, hem maliyetlerin azaltılması anlamında avantaj elde etmekte hem de bu alanda uzman desteği sağlamak bakımından verimliliklerini ve etkinlikleri artırabilmektedirler (Filizöz, 2003).

4.8.5. Muhasebe ve finansman hizmetlerinde dış kaynak kullanımı

Muhasebe ve finansman hizmetlerinde dış kaynak kullanımı; özellikle bordrolama, vergilendirme, satın alma, genel muhasebe işlemlerinin yürütülmesi, finansal sözleşmelerin hazırlanması, dâhili büro faaliyetlerinin yerine getirilmesi, konu ile ilgili elektronik bilgi aktarımının sağlanması, mali denetim hizmetlerinin yerine getirilmesi gibi alanlarda söz konusu edilebilmektedir (Akgül, 2003).

Bu kapsamda muhasebe ve finansman hizmetlerinde dış kaynak kullanımı; işletmelerin temel yeteneklerine ve misyonlarına odaklanmayı olanaklı kılması, ölçek ekonomisi ile sabit maliyetlerin azaltılmasını sağlaması, uzman tedarikçilerin konu ile ilgili beceri ve yeteneklerinden faydalanılması, büyüme kararlarının uygulamaya konulması, standart dışı raporların hazırlanmasında profesyonel bir

ekiple çalışılması, mali tabloların çok daha kısa sürede ve öngörülen standartlara göre hazırlanması gibi avantajları dolayısıyla işletmeler tarafından sıklıkla tercih edilmektedir (Rodriguez & Robaina, 2005).

4.8.6. İmalat sürecinde dış kaynak kullanımı

İmalat sürecinde dış kaynak kullanımı; üretim faaliyetlerinin dışarıdan temin edilmesi bağlamında özellikle ürün dizaynı, ürün montajı, paketleme, parça üretim işlemlerinin yaptırılması vb. konularda söz konusu edilmektedir. Bu bağlamda işletmelerin söz konusu edilen bu alanlarda dış kaynak kullanmak adına hareket etmeleri, daha öncesinde işletme bünyesinde karşılanan bu yöndeki ihtiyaçların uzman tedarikçi işletmeler tarafından yerine getirilmeye başlanması doğrultusunda işletme verimliliğine ve etkinliğine katkı sağlamaktadır (Quelin & Dyhamel, 2003).

4.8.7. Servis hizmetlerinde dış kaynak kullanımı

Servis hizmetlerinde dış kaynak kullanımı; özellikle BİT, telekomünikasyon ve lojistik servis sağlayıcısı konumundaki işletmelerden hizmet satın alınması doğrultusunda söz konusu olmaktadır. Bu bağlamda söz konusu edilen alanlardan servis sağlayıcılardan dış kaynak kullanımı doğrultusunda hizmet satın alınması; bu alandaki faaliyetlere yönelik işletme maliyetlerinin düşürülmesini, hizmet kalitesinin artırılmasını, yeteneklerin optimize edilmesini, müşteri istek ve beklentilerinin daha fazla karşılanması doğrultusunda müşteri memnuniyetinin artırılmasını, temel yeteneklere odaklanılması, rekabet edebilirliğin artırılmasını sağlamak bakımından önem arz etmektedir (Chuah & Yingling, 2005).

4.8.8. Eğitim faaliyetlerinin koordinasyonunda dış kaynak kullanımı

Eğitim faaliyetlerinin koordinasyonunda dış kaynak kullanımı; işletme personeli için ihtiyaç duyulan eğitimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi bağlamındaki işletme faaliyetlerinin dışarıdan temin edilmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda işletmeler konu ile ilgili faaliyetlerini dışarıdan temin ederek, hem bu yönde uzman tedarikçilerden hizmet almak anlamında personel verimliliğini ve etkinliğini artırabilmekte hem de eğitim maliyetlerinden tasarruf edebilmektedir (Ecerkale ve Kovancı, 2005).

4.8.9. Lojistik sektöründe dış kaynak kullanımı

Lojistik sektöründe dış kaynak kullanımı, işletmeler tarafından en fazla dış kaynak kullanım alanını tercih edilmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda lojistik hizmet sağlayıcıları; farklı dağıtım kanalları kapsamında hizmet vermeleri, yapısal olarak hassas ve/veya kısa ömürlü ürünlerin özel yöntemlerle transfer edilmesini sağlamaları, ileri teknoloji üreten işletmelere özel çözümler sunmaları, teslimatta montaj hizmeti sunmaları, hizmet verdikleri işletmeye her aşamada ürünlerini takip ve izleme olanağı sağlamaları, satış sonrası hizmet sunumunda bulunmaları, yedek parça dağıtımını yapmaları, geri dönüş lojistiği olanağı sağlamaları vb. nedenlerle işletmeler tarafından sıklıkla tercih edilmektedirler (Quelin & Dyhamel, 2003).

4.9. Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı

4.9.1. Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Nedenleri

Genel olarak tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de farklı nedenlere bağlı olarak dış kaynak kullanımı tercih edilmektedir. Bu kapsamda hastanelerde dış kaynak kullanımı genel olarak; organizasyonel, mali, kalite, İKY uygulamaları, finansal, teknolojik, pazarlama ve yasal zorunluluktan kaynaklanan nedenlere bağlı olarak kullanımı gündeme gelmektedir.

Hastanelerde de dış kaynak kullanılmasının faydaları aşağıda şu şekilde sıralanmıştır (Karahan, 2009);

- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, rekabet avantajı elde edilmesine katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, esnek bir yönetim anlayışına sahip olunmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletme verimliliğinin artırılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, hasta ve çalışanlar anlamında dış paydaşların ve iç paydaşların memnuniyet düzeylerinin artırılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletme maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, yönetimde karmaşıklığın giderilmesine katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletmenin temel yeteneklerine odaklanmasına katkı sağlamaktadır.

- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, gelişen tıp teknolojilerinden yararlanılabilmesine olanak sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, hizmet kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletme risklerinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, zaman tasarrufu sağlanmasını olanaklı kılmaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletmede çağdaş bir yönetim anlayışının sağlanmasını olanaklı kılmaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletmenin organizasyonel bağlamda küçülmesine olanak sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletme başarısının artırılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletme kaynaklarının etkin dağılımını sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, yatırım harcamalarının azaltılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletme faaliyetlerine yönelik karar alma süreçlerinin hızlandırılmasına katkı sağlamaktadır.
- Hastanelerde dış kaynak kullanımı, işletmenin hasta ihtiyaçlarına odaklanmasını olanaklı kılmaktadır.

Hastanelerde dış kaynak kullanılmasında kimi zaman bu nedenlerin bir ya da birkaçı etkili olabilmekteyken, kimi zamanda işletmeler söz konusu edilen bu nedenler ve faydaların tümüne yönelik olarak dış kaynak kullanımı yoluna gidebilmektedir. Konu ile ilgili ayrıntılı belirlemeler ve değerlendirmeler, aşağıda verilen alt başlıklarda değerlendirilmiştir.

4.9.1.1. Organizasyonel nedenler

Hastanelerde dış kaynak kullanılması, rekabet edilebilirliğin ve hizmet kalitesinin artırılabilmesi için temel yetenekler üzerine odaklanılmasını ve daha esnek bir yapılanmaya sahip olunmasını olanaklı kılmaktadır. Bu bağlamda hastaneler; ekonomik, teknolojik, kültürel vb. değişimlere ayak uydurabilmek adına ve işletme performansının artırılmasına yönelik olarak dış kaynak kullanılması adına hareket edebilmektedirler. Zira bu temelde hastaneler; daha esnek ve çabuk kararlar alabilme, pazar koşullarındaki değişimlere ayak uydurabilme, gerek hastalarının ve gerekse de çalışanlarının beklenti ve ihtiyaçlarına daha fazla cevap verebilme olanağına sahip olabilmektedirler (Akkılıç, 2002).

Hastanelerde dış kaynak kullanımının organizasyonel nedenlerden dolayı tercih edilmesi, özellikle dış kaynak kullanımına konu edilen faaliyet için yeni bir kadro tesis etmesinin beraberinde getireceği zaman, emek ve maliyet kaybının önlenmesi içindir. Bu bağlamda bazı faaliyetler işletme için çok küçük ya da görece olarak daha önemsiz görülse dahi, bu ihtiyaçların karşılanmasına yönelik

personel istihdam edilmeden dış kaynak kullanılması işletmeye büyük faydalar sağlayabilmektedir (Kaya, 2005: 31).

Hastaneler, asıl fonksiyonu sağlık hizmeti sunmak olan işletmeler olduğundan, temizlik, yemekhane hizmetleri, güvenlik ve kafeterya hizmetleri gibi yan faaliyetleri dış kaynak kullanımı yoluyla karşılayarak, asıl işine ya da temel yeteneklerine odaklanabilmektedir. Bununla birlikte işletmenin esneklik ve rekabet avantajı elde edebilmesine olanak sağlayan MR, laboratuvar hizmetleri, tomografi vb. sağlık hizmetleri kapsamında yer alan diğer birtakım sağlık hizmetlerini de dış kaynak kullanılması yoluyla yapabilmektedir. Bunun asıl amacı, hastanelerin sahip olduğu kaynakları çok daha verimli bir şekilde kullanabilmesini sağlamaktır (Alpugan, 1995: 143).

Hastanelerin verimliliğinin artırılması bağlamında dış kaynak kullanımının, daha çok destek hizmetleri kapsamında gündeme geldiği görülmektedir. Bu bağlamda hastanelere destek hizmeti sağlamaya yönelik tedarikçi işletme sayısının fazla olması, bu işletmeler arasındaki rekabet doğrultusunda daha verimli hizmet sunulmasını sağlamakta, bu durum da hastanelere sağlanan dış kaynak hizmetlerinin aynı şekilde verimliliğini artırmaktadır (Alpugan, 1995: 145).

Dış kaynak kullanımı; hastanelerin en az maliyetle, piyasayı takip etmelerini sağlamaktadır. Bu temelde sektördeki değişimleri, gelişmeleri ve yenilikleri takip edebilme olanağına sahip olan hastaneler, pazar şartlarına çok daha kolay uyum sağlayabilmektedirler. Hastaneler, dış kaynak kullanımına konu edilen faaliyetlerle ilgili olarak hastalarının ihtiyaç ve beklentilerini

karşılatabilmekte ve yeniliği üretmek yerine dışarıdan çok daha hızlı satın alabilmektedirler (Akbulut, Terekli ve Yıldırım, 2012).

Sonuç olarak dış kaynak kullanımı; hastanelerin organizasyonel faaliyetlerinden bazılarını dışarıdan temin etmeleri doğrultusunda işletme etkinliğine odaklanılmasını sağlamakta ve sağlık hizmetlerine odaklanan hastaneler, hem görevlerini en iyi şekilde yerine getirebilmek hem de hasta beklentilerini karşılamak adına hareket edebilmektedirler.

4.9.1.2. Maliyet kaynaklı nedenler

Hastanelerin, hizmet sunumunu daha kaliteli ve düşük maliyetle sunabilmeleri, rakiplerine karşı avantaj elde etmelerini sağlamaktadır. Bu bağlamda maliyet avantajı, hastanelerin mevcut konumlarını güçlendirmelerini ve kârlılıklarını artırmalarını sağlamakta ve işletmenin rekabet ortamında önemli bir güç unsuruna sahip olmasını olanaklı kılmaktadır. Zira maliyet açısından etkin olabilen hastaneler, sektörde de önemli bir güç elde edebilmektedirler (Mollahaliloglu ve diğerleri, 2010: 19).

Hastanelerin dış kaynak kullanımını tercih etmelerinin başka nedenleri olmakla birlikte, maliyet avantajı bu işletmelerin dış kaynak kullanımı yoluna gitmelerinin en önemli nedeni olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda dış kaynak kullanımına konu edilen faaliyetlerin sağlandığı tedarikçi işletmelerin uzmanlık düzeyleri ve etkinlikleri, hastanelerin maliyetlerinin düşmesine neden olmaktadır. Hastanelerin, bu faaliyetlere yönelik istihdam edilen personel sayısını azaltması bakımından değil, daha çok zamanını ve

kaynaklarını asıl işlerine yönlendirebilmesi açısından avantaj elde edebilmektedir. Zira tedarikçi işletme kendi alanında ne denli uzman ve deneyim sahibi ise, risklerin de o denli bertaraf edilebilmesi olanaklı olabilmekte ve maliyetler daha iyi hesaplanıp, hizmet sunulan işletmeye o yönde taahhütte bulunulabilmektedir (Yılmaz, 2007: 66).

Mersin'e (2003: 93) göre de; hastaneler, sağlık hizmetleri sunumu dışındaki faaliyetlerini dış kaynak hizmeti sunan tedarikçi işletmelere aktararak gereksiz maliyetlerden kurtulabilmekte ve düşük risklerle daha esnek bir yapıya kavuşabilmekte ve bu temelde hastalarının ihtiyaçlarını daha düşük maliyetlerle karşılayabilmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerine yönelik talebin sabit olmaması ve talebe yönelik söz konusu olan dalgalanmalar ve talep değişiklikleri, hastanelerin yüksek yatırımlardan kaçınmalarına neden olmakta ve işletmelerin sabit maliyetlerini olabilecek minimum düzeye indirmeye zorlamaktadır. Bu nedenle de hastaneler öngörmedikleri gelecek için yatırım yapma yerine, dış kaynak sağlayıcısı tedarikçi işletmenin kaynaklarından yararlanmak doğrultusunda, kullandığı kadarına ödeme yaparak maliyetlerini düşürebilmektedir (Mersin, 2003: 93).

Hastaneler, dış kaynak kullanımı sürecinde maliyet avantajı elde edebilmesi için titiz değerlendirmelerle seçimde bulunması gerekmektedir. Zira tedarikçi işletme seçiminde ne denli doğru karar verilmiş olunursa, o denli ekonomik ve ölçülebilir faydalar elde edilmiş olunabilecektir. Bu süreçte işletme, fayda – maliyet analizi yapmak adına hareket etmeli ve faydaların maliyeti geçmediği durumlarda dış kaynak kullanımı yoluna gitmemelidir (Young, 2005).

Hastanelerin, dış kaynak kullanımı sürecinde maliyet avantajı elde edebilmeleri, tedarikçi işletmenin faaliyet alanında ne denli uzman olduğuna bağlı olarak değişmektedir. Bu doğrultuda hastanelerde kullanılan tıbbi malzeme ve cihazlar ile istihdam edilen personelin ücretlerinin diğer sektörlerle karşılaştırıldığında çok daha yüksek düzeydedir. Bu nedenle işletmenin, sunmak istediği yeni bir hizmet için ya da mevcut hizmetini daha yeni teknoloji ile gerçekleştirmek adına yeni bir yatırım yapmak ve ek maliyetlere katlanmak yerine, dış kaynak kullanma yoluna gitmesi söz konusu olabilmektedir (Ak, 1987: 51).

Hastanelerde verilen sağlık hizmetinin sunumu sürecinde gerekli olan tıbbi bir cihaz, sağlık işletmesi için sabit maliyeti ifade etmektedir. Bununla birlikte cihazın kullanımı sırasında gerekebilecek sarf malzemeleri, cihazın kullanımı sırasında söz konusu olabilecek arızaların giderilmesi, cihazın periyodik bakımının yapılması, cihazı kullanabilecek vasıfta ve sayıda personel istihdam edilmesi ve bu personelin eğitilmesi, sabit maliyetin katlanmasına ve cihaz maliyetinin artmasına neden olmaktadır (Guimarães& de Carvalho, 2011).

Aynı şekilde teknolojik gelişmeler karşısında, cihazın kısa bir süre sonra bir anlamda eskimesi söz konusu olacak ve aynı cihazı kullanmak adına hareket eden işletmeler, yeni teknolojileri kullanmaya başlayan rakipleri karşısında yetersiz kalacaktır. Oysa söz konusu cihazın kullanımına yönelik olarak dış kaynak kullanılması; cihaza yönelik olarak ifade edilen sarf malzemeleri, bakım – onarım giderleri, personel maliyetleri vb. gibi ek maliyetlerin tedarikçi işletme

tarafından karşılanmasını sağlayacağından, işletme bu ek maliyetlere katlanmak durumunda kalmayacaktır (Roberts ve diğerleri, 2013).

Sonuç olarak hastanelerde dış kaynak kullanımı; hem yatırım maliyetlerinin azaltılması hem de finansal kaynakların daha etkin kullanılması anlamında hastaneye avantaj sağlamakta ve bu doğrultuda sağlanan ek gelir ile hastane, temel yeteneklerine daha fazla bütçe ayırarak etkinliğini artırabilmektedir.

4.9.1.3. Finansal kaynaklı nedenler

Sürdürülebilir rekabet avantajına sahip olabilmek ve etkinliğini artırmak isteyen hastaneler, diğer işletmeler gibi finansal kaynaklarını en iyi şekilde kullanmak zorundadırlar. Bu bağlamda hastanenin finansal anlamda kaynak sıkıntısı çekmesinin önlenmesi ve konu ile ilgili risklerin en aza indirilebilmesi için dış kaynak kullanımı, alınabilecek etkin önlemler arasında değerlendirilmektedir (Vuorenkoski & Mikkola, 2007).

Dış kaynak kullanımı sürecinde hastaneler, bu yönde hizmet satın almadan önce kullandıkları üretim araçlarını elden çıkarmak doğrultusunda önemli bir finansal kaynağa sahip olabilmekte ve sınırlı olan finansal kaynaklarını temel yeteneklerine yoğunlaştırabilmektedir. Bununla birlikte her yapılan yatırımın belirli oranda finansal risk taşıması, hastanelerin yatırım yapmadan ve dış kaynak kullanmak doğrultusunda faaliyetlerini yerine getirilmesini sağlayabilmektedir. Böylelikle hastane, yatırımlar bağlamında söz konusu edilebilecek riskleri bertaraf edebilmektedir (Tanzil ve diğerleri, 2014).

Hastaneler; dış kaynak sağlayıcısı tedarikçi işletmeden hizmet satın almak doğrultusunda, kendi özkaynakları ile yapacakları yatırımlara, bu yatırımların işletilmesine, istihdam edilmesi gereken personele, bakım – onarım maliyetlerine ilişkin olarak da işletme maliyetlerinden tasarruf edebilmektedir. Bu doğrultuda hastane yatırım maliyetlerini azaltmak doğrultusunda, dış kaynak kullanımı ile hem maliyet avantajı elde edebilmekte hem de riskin dağıtılmasını sağlayabilmektedir (Klaus, 2006).

Ülkemizde sağlık için bütçeden ayrılan payın görece olarak düşük olmasına karşın, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde finansman önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle de sağlık hizmetleri, emek – yoğun hizmetler olmakla birlikte aynı zamanda sermaye – yoğun hizmetler olarak da değerlendirilmektedir. Zira sağlık hizmetlerinin sunumunda insan gücünün istihdam edilmesi, teşhis, tedavi ve hasta bakım hizmetlerinin üretilmesi için gerekli olan araç – gereç ile tıbbi cihaz ve donanımların temin edilmesi ve yine bu hizmetlere yönelik fiziki olanakların sağlanması vb. yüksek sermaye gereksinimini beraberinde getirmektedir. Hastaneler her zaman için bu denli yüksek sermayelere sahip olamadıkları için, en azından dış kaynak kullanımı yoluyla söz konusu olabilen maliyet avantajları ile sınırlı kaynaklarına karşın daha verimli olabilmektedirler (Sağnak, 2010: 52).

Ülkemizde özellikle kamu hastanelerinde finansman tedarik edilmesine yönelik kaynakların genel bütçe ya da katma bütçe, döner sermaye, fon, hastane derneği, hastane vakfı gibi kaynaklardan temin edilmesi zorunluluğu, sınırlı sermaye ile geniş hizmet sunulmasını

gerektirmektedir. Bu nedenle de söz konusu hastaneler kimi zaman maddi olanaklarının yetersizliği dolayısıyla gelişen teknolojiyi takip edemeyebilmekte ve sağlık hizmetleri sunumunda kalite ve verimliliği artırmada yetersiz kalabilmektedirler. Bu nedenle de hastanelerde ve sağlık sektöründe finansal kaynakların etkin bir şekilde kullanılması, diğer birçok işletmeye ve sektöre göre çok daha fazla önem arz etmektedir. Bu temelde hastaneler dış kaynak kullanımı doğrultusunda, sabit maliyetlerini değişken maliyetlere dönüştürerek finansal açıdan daha etkin hale gelebilmektedirler (Yıldırım, 1994: 67).

Sonuç olarak dış kaynak kullanımı doğrultusunda hastaneler, ek finansal kaynaklara sahip olabilmekte ve bu temelde elde ettiği kaynaklarını asıl sağlık hizmetlerine kanalize ederek verimliliğini ve etkinliğini artırabilmektedir.

4.9.1.4. İnsan kaynaklarına dayalı nedenler

Hastaneler temel yeteneklerinin dışında kalan İKY kapsamındaki faaliyetlerini dış kaynak kullanmak doğrultusunda gerçekleştirerek; artan maliyetlerden, yasal zorunluluklardan ve işgücü çeşitliliğine yer verme gerekliliğinden kurtulabilmekte ve verimliliğini artırabilmektedir. Bu bağlamda hastaneler dış kaynak kullanarak; talep ettikleri niteliklere uygun ve gerekli sayıdaki personeli tedarikçi işletmeden temin edebilmekte ve işgücü ve zaman kaybını önleyerek istihdam edilen personelin maaşı, ikramiyesi, kıdem tazminatı, terfi vb. gibi ek kaynak gerektiren ve iş yükünü artıran

işlemlerden tasarruf sağlayabilmektedir (Guimarães & de Carvalho, 2011).

Hastanelerde alanında uzman personelin istihdam edilmesi, hizmet kalitesinin artırılması doğrultusunda hasta tatmini ve memnuniyeti düzeyinin de artmasını sağlamış olacaktır. Dış kaynak kullanımı yolu ile hastanelerde istihdam edilen personelin alanındaki uzmanlığı da, bu doğrultuda işlerin daha hızlı, etkin, kaliteli ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayacaktır. Dış kaynak kullanımı yoluyla tedarikçi işletmeden temin edilen personelin hizmet sunumu sürecinde yarattığı etki, genel olarak hastane personelinin motivasyon düzeyinin artmasını sağlayacak ve verimlilik artışını beraberinde getirecektir (Rigoli & Dussault, 2003).

Hastanelerde dış kaynak kullanımı, özellikle kamu hastanelerinde söz konusu olan personel sıkıntısının bir nebze de olsa hafifletilmesini sağlamaktadır. Bu temelde dış kaynak sağlayıcısı tedarikçi işletmeye devredilen faaliyetler doğrultusunda işletmenin organizasyon yükü azaltılabilmekte ve personel ihtiyacının giderilmesi ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda bir rahatlama sağlanabilecektir. Bu nedenle de belirtildiği üzere özellikle kamu hastanelerinde söz konusu olan personel ihtiyacının giderilmesine yönelik olarak işletmeler, bu ihtiyaçlarını dış kaynak kullanımı yoluyla karşılamakta ve birtakım hizmetlerini tedarikçi işletmeye ihale ederek işgücü ihtiyacını gidermektedir (Yıldırım, 1994: 69).

Hastaneler, özellikle uzman BİT personeli ile otomasyon sistemlerinin koordinasyonu sağlayacak teknik personeli, bilgi işleme bakan sekreterler gibi idari işlemleri yürütecek personeli istihdam

etmek için dış kaynak kullandıkları görülmektedir. Bazı durumlarda da işletmede söz konusu olan personel ihtiyacının karşılanmasına yönelik olarak temizlik, güvenlik ve yemekhane hizmetlerini yerine getirecek personelin tedarikçi işletmelerden temin edildiği görülmektedir (Menderes, 1995: 317).

Konu ile ilgili olarak 05.05.2004 Tarih ve 25453 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller” kapsamında; eczane, hemşirelik, odyometri, teknisyenlik gibi birtakım kadrolara eleman alınması öngörülmüş olunmasına karşın, Danıştay 5. Hukuk Dairesi’nin 22.11.2004 Tarih ve Esas 2004/4439 Sayılı Kararı ile bu yürütmenin durdurulmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, 13.01.2005 tarihli Tebliği ile bu yöndeki alımlarını durdurmuştur (Hizmet Satın Alımı İle İlgili Danıştay Kararı, 2015).

Hastaneler, tıbbi cihazlardan sağlanan hizmetin satın alınması yoluyla da ilgili hizmetlerin yerine getirilmesini sağlayacak olan personel ihtiyacını giderebilmekte ve cihazın işletimi süresince ihtiyaç duyulan sayıda ve nitelikte uzman personel tedarikçi işletmeden temin edilebilmektedir. Aynı şekilde hastanelerin temel yetenekleri arasında yer almayan ve bu yönüyle ikincil öneme sahip olan faaliyetlerin yerine getirilmesi adına gerekli olan personel tedarikçi işletmelerden sağlanabilmektedir. Bu yaklaşım, yetmişmiş kadroya sahip olan tedarikçi işletme sayesinde eğitim maliyetlerinden tasarruf edilmesini sağlamakta ve dış kaynak sağlayıcısının bilgi ve tecrübelerinden

yararlanılması doğrultusunda işletme verimliliği artırılabilir (Öztürk, 1996).

Sonuç olarak hastaneler; temel yetenekleri kapsamında yer alan faaliyetleri tamamlayan nitelikteki diğer faaliyetlerin yerine getirilmesi sürecinde ihtiyaç duydukları insan kaynağını tedarikçi işletmelerden temin ederek hem maliyet avantajı elde edebilmekte hem de hasta beklenti ve ihtiyaçlarının gereği gibi karşılanması noktasında verimliliğini ve hizmet kalitesini artırabilmektedirler.

4.9.1.5. Kalite ile ilgili nedenler

Genel anlamda kalite ve özel anlamda hizmet kalitesi, diğer işletmeler için olduğu gibi hastaneler için de bir rekabet aracı konumundadır ve stratejik bir öneme sahiptir. İşletme kalitesinin ve işletme tarafından sunulan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik olarak hastanelerin dış kaynak kullanmaları, hem maliyetlerden tasarruf edilmesini sağlamak hem de işletmenin temel varoluş amacı olan hasta sağlığının gözetilmesini olanaklı kılmaktadır (Lorence & Spink, 2004).

Lorence & Spink (2004); hastanelerin kalite ile ilgili faaliyetlerini tedarikçi işletmelerden sağlamalarının, sağlık sektöründe iyileştirme sağlayabileceğini belirtmekte ve dünya genelinde söz konusu olan değişimlere ve gelişmelere uyum sağlamak isteyen hastanelerin kalite standartlarını yükseltmek ve rekabet avantajı elde edebilmek adına kalite ile ilgili faaliyetlerini dışarıdan temin etmeleri gerektiğini ifade etmektedirler (Lorence & Spink, 2004).

Eriş ve İpekgil – Doğan'a (2000) göre de; işletmelerin uluslararası standartlarda ve sürdürülebilir bir rekabet avantajı elde edebilmeleri için kalite anlayışını benimsemeleri ve kalite uygulamalarının sürekliliğini sağlamaları gerekmektedir. Bu temelde de tüm işletmelerde olduğu hastanelerde de kalitenin iyileştirilmesi ve sürdürülebilir kılınması için belirli bir uzmanlığa sahip olunması zorunludur ve hastaneler bu kapsamdaki uzman desteğini tedarikçi işletmeler aracılığı ile elde edebilmektedirler.

Sonuç olarak hastaneler, sürekli olarak kalite ve etkinliklerini artırmak zorunda olan işletmeler olduğundan kalite yönetimine önem vermek ve kalite yönetimi bağlamındaki uygulamalara, yönetim teknikleri bakımından ele almak zorundadırlar. Bu süreçte ise; kendi alanlarında uzman ve kalite standartlarını uygulayabilme bilgi ve becerisine sahip personelin tedarikçi işletmelerden sağlanması, işletmenin kaliteli hizmet sağlamasının olanaklı hale getirecektir.

4.9.1.6. Teknolojik nedenler

Genel anlamda teknolojik değişimleri ve gelişmeleri işletme faaliyetlerine entegre edebilmek ve özel anlamda BİT teknolojilerinden işletme fonksiyonlarının yerine getirilmesi sürecinde gereği gibi yararlanabilmek, hastanelerin dinamik bir yapılanmaya sahip olmasını olanaklı kılacak ve hastanelerin verimliliğinin ve etkinliğinin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Bu bağlamda hastaneler, aynı zamanda rekabet avantajı elde edebilmek ve gelişen ve değişen teknoloji karşısında ayakta kalabilmek için, teknolojik

gelişmeleri ve yakından izlemek ve uygulamak durumundadırlar (Guimarães & de Carvalho, 2011).

Küresel anlamda insana verilen değerin artması ile birlikte, sağlık sektörü kapsamlı teknolojilerin de hız kazandığı görülmektedir. Özellikle BİT temelli sistemlerin hızla gelişmesi ve sağlık sektörüne uygulanması ile birlikte, hastaneler de çok daha fazla teknoloji yoğun işletmeler haline gelmeye başlamışlardır. Bununla birlikte her geçen gün tıbbi teknoloji bağlamında bir başka cihaz geliştirilmekte ve kullanılmaya başlanmaktadır. Ancak hastanelerin gerek tıbbi teknoloji ve gerekse de BİT kapsamlı sistemleri yatırım yapmak doğrultusunda bünyelerine dâhil edebilmeleri, özellikle yüksek maliyetler dolayısıyla her zaman için olanaklı olamayabilmektedir. Bu nedenle de hastaneler, hem BİT hem de tıbbi teknoloji kapsamındaki cihazları ve bu cihazları kullanabilecek ya da bakım – onarımını yapabilecek uzman personeli dış kaynak kullanımı yoluyla sağlayabilmektedirler (Sahay, 2001).

Konu ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 03.12.2003 Tarih ve 2003/139 Sayılı Kit Karşılığı Cihaz Edinme Uygulaması Hakkında Genelge ile beş yaşından büyük cihazların kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir. Kit Karşılığı Cihaz Edinme Uygulaması Hakkında Genelge, hastanelerin teknolojiye ayak uydurmaları zorunluluğu yanında yasal yükümlülükler bağlamında da her beş yılda bir ellerindeki mevcut teknolojiyi yenilemeleri zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Ancak hastanelerin büyük maliyetler gerektirmesi adına her zaman bu yönde hareket edebilmeleri olanaklı olamayacağından, dış kaynak kullanımı

sayesinde ve bir anlamda da leasing yoluyla konu ile ilgili hizmetleri tedarikçi işletmelerden sağlamaları söz konusu olabilmektedir.

Sonuç olarak tıbbi cihaz teknolojisindeki değişimler ve gelişmeler her geçen gün hız kazanmaktadır ve bu temelde hastaneler de bu hıza ayak uydurmak durumundadırlar. Ancak söz konusu cihazların temini büyük maliyetler gerektirmektedir ve hastaneler her zaman için bu maliyeti karşılayabilecek güce sahip olamayabilmektedirler. Bu nedenle de hastaneler, bu yöndeki faaliyetlerini dış kaynak kullanımı yoluyla gördürmekte ve uzmanlık alanı bu yönde olan tedarikçi işletmeler aracılığıyla verimliliklerini ve etkinliklerini artırabilmektedirler.

4.9.1.7. Pazarlama ile ilgili nedenler

Pazarlama stratejileri, hastaneler açısından rekabet üstünlüğü elde edilebilmesini sağlamaktadır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin pazarlanması, hedef kitlenin istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak gerçekleştirilmek durumundadır. Hasta istek ve beklentilerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasının en önemli yolu olduğundan, sağlık sektöründe pazarlama faaliyetleri hasta memnuniyetine odaklı olarak gerçekleştirilmelidir (Kavas ve Güdüm, 1994: 224).

Sağlık alanında söz konusu edilen reform çalışmaları doğrultusunda, bugün için artık hastaların kamu hastanesi ya da kurumla anlaşmalı özel hastane gözetmeksizin istedikleri sağlık kurumundan sağlık hizmeti alabilme olanağına sahip olmaya başlamaları, hem özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında hem de

kamu hastanelerinin birbirleri ile aralarında rekabet etmelerini gerektirmektedir (Şahin ve Yılmaz, 2007).

Aynı şekilde “Aile Hekimliği” uygulamasına geçilmesi ile birlikte sevk sistemi ortadan kalmış ve daha öncesinde sevk zincirinin en başında yer bulunan sağlık ocaklarında görev yapan doktorlar, artık sıradan poliklinik hizmetlerini vermemeye başlamışlardır. Aile Hekimliği uygulaması ile birlikte her aile hekimi belirli sayıda hastaya bakmakla yükümlü kılınmış ve bu hastaları takip ederek daha kaliteli sağlık hizmeti sunmakla görevlendirilmiştir (Öztek, 2009).

Sonuç olarak kamu hastanelerinde daha fazla olmak üzere genel olarak tüm hastanelerin hasta sayısında bir azalma görülmeye başlaması, hastaneler arasında söz konusu olan rekabetin artmasını beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda hastaneler, hasta potansiyellerini artırmak adına hizmet kalitelerini de aynı oranda artırmak ve hasta memnuniyetine daha fazla önem vermek durumundadırlar (Aslantekin ve diğerleri, 2007).

Bu anlayışla kamu hastanelerinde sağlık hizmetleri pazarlanması sadece basın yoluyla yapılmamaya ve sadece halkla ilişkiler departmanının görevi olarak görülmemeye başlanmıştır. Bu gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetleri pazarlaması profesyonel bir iş olarak değerlendirilerek, hedef kitleye daha hızlı cevap verebilmek ve esnek hizmet sunumu, verimliliğin ve etkinliğin artırılmasının temel koşulu olarak tedarikçi işletmelere devredilmiştir (Karaçor ve Arkan, 2014).

Hastaneler, riskli hizmet alanları kapsamında değerlendirilen pazarlama faaliyetlerini dış kaynak kullanımı yoluyla tedarikçi işletmeler aracılığıyla gerçekleştirerek, konu ile ilgili çok daha

profesyonel yaklaşımlar ortaya koyabilmektedirler. Bununla birlikte ilgili literatürde bazı araştırmacılar, pazarlama faaliyetlerinin hastanelerin temel yetenekleri arasında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler (Karaçor ve Arkan, 2014).

4.9.1.8. Yasal zorunluluklara dayalı nedenler

Hastaneler, sundukları sağlık hizmetinin niteliği, kalitesi ve standardı bağlamında yasal mevzuatı gözetmek zorunda olan işletmelerdir. Bu bağlamda hastaneler; fiziksel koşullarının düzenlenmesi, poliklinik hizmetleri, sağlık profesyonelleri, hizmet sunumunda kullandıkları sarf malzemeleri ile tıbbi cihaz ihtiyaçlarının karşılanması çerçevesinde idari, mali ve finansal zorunluluklar dolayısıyla Maliye Bakanlığı'na; İKY ve hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK); sunulan hizmetin sağlık sektörü kapsamında yer alması dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'na; kamu hastaneleri anlamında Kamu İhale Kurumu'na; üniversite hastaneleri anlamında Yüksek Öğretim Kurumu'na (YÖK); dernek ya da vakıf hastaneleri anlamında da ilgili dernek ya da vakfın içtüzüğüne karşı sorumludurlar (Özcan ve Genç, 2008: 14).

Hastaneler; belirtilen bu kurumlara ve bu kurumların konu ile ilgili yasal düzenlemelerine tabi olmak bakımından, bir anlamda belirli haklar ve kısıtlar doğrultusunda hareket etmek durumunda olan işletmelerdir. Ancak sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi sürecinde, yasalar kapsamında tanınan hareket serbestisinin dışında daha fazla işgücüne ve tıbbi desteğe ihtiyaç duyulması söz konusudur ki; bu

durumda katma bütçe ya da döner sermaye bütçesinden karşılanması sıkıntı yaratan ve yüksek yatırım gerektiren tıbbi ihtiyaçların temini için hastanelerde dış kaynak kullanımı yoluna gitmektedirler.

4.9.2. Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Süreci ve Kapsamı

Hastanelerde dış kaynak kullanımı süreci; dış kaynak kullanımı ihtiyacının belirlenmesinden satın alma emri verilmesine ve satın alma müdürlüğünün bu yönde süreci başlatarak, ilgili yasal mevzuat kapsamında gerçekleştirmek adına hareket edilebilmesi için sözleşme imzalanmazına dek kapsamlı bir süreci içermektedir. Süreç, dış kaynak kullanımı bağlamında satın alma hizmetinin kabulü ve tahakkuku ile sona ermektedir.

Çalışmanın bu aşamasında, dış kaynak kullanımı süreci ile ilgili belirlemelerde ve değerlendirmelerde bulunmaktadır.

4.9.2.1. İhtiyacın belirlenmesi

Dış kaynak kullanımı sürecinde hastanelerde ihtiyaçların tespit edilmesinde göz önünde bulundurulması gereken en önemli husus, hastane yararı ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması olmalıdır. Bu bağlamda hastane yönetimi dış kaynak kullanımına yönelik kararların alınması sürecinde öncelikli olarak, hangi hususların hastane bünyesinde karşılanabileceğini ve hangi hususlar için dış kaynak kullanılmasının uygun olacağını doğru tespit edebilmelidir (Yalçın, Akın ve Şeker, 2011).

Bu kapsamda hastane yönetimi, dış kaynak kullanımına konu edilecek ve satın alınması öngörülen hizmetin stratejik önemini değerlendirmeli ve eğer hizmet hastane için stratejik bir önem

taşıyorsa, bu hizmetin kurum bünyesinde karşılanması adına hareket edilmelidir. Eğer hizmetin hastanenin temel yetenekleri arasında yer almadığına karar verilmiş olunursa da, bu durumda hizmetin dış kaynak kullanımı yoluyla karşılanması ya da dışarıdan satın alınması söz konusu olmalıdır (Velma, 2001).

4.9.2.2. Dış kaynak kullanımı kararının alınması

Hastane yönetimi tarafından dış kaynak kullanımına konu edilecek ihtiyaçların tespit edilmesinin ardından, dış kaynak kullanımı yolu ile hizmet satın alınmasının hastaneye sağlayacağı yararların ve bu süreçte hastanenin karşı karşıya kalabileceği risklerin belirlenmesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar; dış kaynak kullanımı yolu ile satın alınacak hizmetin ekonomik, teknik ve pazar analizlerini içeren fizibilite çalışmaları bağlamında gerçekleştirilmelidir ve rapor edilmelidir. Bu rapor, satın almaya konu hizmetin stratejik, ekonomik, operasyonel, teknolojik, yönetsel ve yapısal boyutunun incelenmesini içermelidir (Ergin ve Şahin, 2005).

Dış kaynak kullanımı kararının alınması ile birlikte hastane iş ve işleyişlerinde birtakım düzenlemelerde bulunulması gerekliliği adına, hastane yönetimi tarafından bu yönde karar verilmesinin hastaneyi birçok açıdan etkilemesi söz konusu olacaktır. Bu nedenle de dış kaynak kullanımı kararının verilmesinin, sadece satın almaya konu edilecek hizmete ilişkin değil, hastanenin misyonuna, vizyonuna, mevcut ve gelecekteki yapısına ve temel amaçlarına ne denli uygun düşüğünün değerlendirilmesi de yerinde olacaktır (Yalçın, Akın ve Şeker, 2011).

Bu temelde hastanelerde dış kaynak kullanımı kararının verilmesi sürecinde temel yeteneklerin, talebin, sağlık kapsamındaki ihtiyaçların ve hizmet özelliklerinin incelenmesi gerekmektedir. Bu süreçte çok daha doğru kararlar verilebilmesi için hastane yönetiminin aşağıda verilen konularda belirlemelerde bulunması gerekmektedir (Dögücü ve Sayım, 2009: 66 – 67);

- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet hastane olanakları ile verilmiş olunursa, çok daha iyi sonuçlara ulaşmak olası olabilecek midir?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet, hangi tedarikçi işletmeden satın alınmış olunursa hastane çıkarları maksimum düzeyde korunmuş olunabilir?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hastane o döneme dek hizmet vermediği bir uzmanlık alanına sahip olabilecek midir?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hastanede istihdam edilen personelin sahip olduğu niteliklerin dışında personel istihdamı olanaklı olabilecek midir?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hastane temel yeteneklerine daha fazla odaklanabilme olanağına sahip olabilecek midir?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hasta memnuniyeti artırılabilir midir?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hastanenin sunduğu hizmetin kalitesi artırılabilir midir?

- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile tedarikçi işletmenin kullanıma açacağı tıbbi cihaza hastane ne denli ihtiyaç duymaktadır?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile tedarikçi işletme hastane yönetiminin beklentilerini ve ihtiyaçlarını ne denli karşılayabilmiş olacaktır?

Neticesinde bu ve benzeri sorulara olumlu cevaplar verilmesi durumunda ya da dış kaynak kullanımı yoluyla hizmet satın alımı durumunda hastanenin çıkarlarının maksimize edilebileceğine kanaat getirilmesi doğrultusunda dış kaynak kullanılması adına hareket edilmelidir.

4.9.2.3. Hastanenin dış kaynak kullanma Stratejinin belirlenmesi

Hastanelerde dış kaynak kullanımı sürecinde stratejilerin belirlenmesinde aşağıda verilen hususların gözetilmesi gerektiği belirtilmektedir (Döğücü ve Sayım, 2009: 66 – 67);

- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hastanenin misyon, vizyon, amaç ve hedeflerine ters düşülmesi söz konusu olacak mıdır?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hastanenin bu hizmetin yerine getirilmesine yönelik beklentilerin ve ihtiyaçların karşılanması süresi örtüşecek midir?
- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile hastanenin bu hizmetin yerine getirilmesine yönelik kalite

beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanması söz konusu olabilecek midir?

- Dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı ile tedarikçi işletme hizmet sunumunda karşılaşılması olası teknik aksaklıklar için ne denli destek sağlamış olacaktır?

Dış kaynak kullanımına yönelik stratejiler ile hastane stratejilerinin ne denli örtüştüğüne yönelik belirlemelerde bulunulmasını içeren bu süreçte hastane yönetimi; yasal mevzuat kapsamında ve kanunların, yönetmeliklerin, tebliğlerin ve genelgelerin gözetilmesi doğrultusunda karşılaştırmada bulunmak adına hareket etmeli ve rekabete engel hususların gözetilmesi çerçevesinde tedarikçi işletmeden hizmet satın alımını düzenleyen şartnameyi hazırlamalıdır. Söz konusu edilen bu yöndeki belirlemelerin yapılmasının ardından ise, dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmetin satın alımı işlemleri başlatılmış olunur (Ergin ve Şahin, 2005).

Bu doğrultuda konu ile ilgili yasal mevzuat şu şekildedir;

- **T.C. Sağlık Bakanlığı 27.05.2004 Tarih ve 2004/75 Sayılı Genelgesi**

“27.06.2003 Tarih ve 1082 Sayılı Genelge (Genelge No:2003/70) ile tıbbi cihazlarla sunulan tetkik ve tedavi hizmetlerinde oluşan uzun kuyrukların önlenmesi ve hizmetlerin zamanında sunumunun sağlanması amacıyla ilgi Genelgemiz ile Bakanlığımıza bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının, tetkik ve tedavi amacıyla kullanılan tıbbi cihazları hizmet satın alımı yoluyla temin edebilmelerine olanak sağlanmıştı.

Bakanlığımızca verilen bu izne rağmen, kurumlarımız tarafından yapılan hizmet alım ihalelerine, ihalelerin bir yıllık olması nedeniyle yeterli katılımın sağlanamadığı tespit

edilmiştir. Yapılan hizmet alım ihalelerinin gerçekleştirilebilmesi için döner sermaye kaynaklı yapılan, tıbbi cihaz hizmet alımlarının bir yıldan fazla süreyi kapsayan sözleşmelerle yapılıp yapılamayacağı hususunda, Kamu İhale Kurumu'ndan alınan 26.02.2004 Tarih ve 359 – 1971 Sayılı Yazı'da; “4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu ve 4735 Sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu'nda, hizmet alımlarında sözleşme süresini sınırlayan herhangi bir hükümün bulunmadığı” belirtilmiştir.

Konu ile ilgili Maliye Bakanlığı'ndan alınan 14.05.2004 Tarih ve 8872 Sayılı Yazı'da da;

1. Hizmet satın alınması yoluyla temin edilen cihazların temininde yükleniciye cihazın özelliğine göre çekim, tetkik, tahlil veya test gibi her işlem başına, yapılacak ihalelerde oluşan bir bedelin ödenmesi (Yılı bütçe uygulama talimatlarında belirlenen fiyatları geçmemek üzere) ve herhangi bir taahhüdün altına girilmemesi söz konusu olduğundan, yıllara sâri kaynak taahhüdünde bulunulmadan birkaç yıllık süre ile söz konusu cihazların temin edilmesinin mümkün bulunduğu;

2. Tıbbi cihazların hizmet satın alınması suretiyle kiralanmasına ilişkin ihale işlemlerinin 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu ve bu Kanun uyarınca çıkartılan Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliği Hükümleri'ne göre gerçekleştirilmesinin gerektiği;

3. 01.01.2005 tarihinden itibaren 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu gereğince, döner sermayeler ilgili bütçe içinde yer alacaklarından ve mevcut işlevlerini 31.12.2007 tarihine kadar devam ettireceklerinden, öngörülen sistemin uygulanması için yeterli sürenin mevcut olduğu;

4. 29.03.2003 Tarih ve 5027 Sayılı 2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49 uncu Maddesi'nin (i) bendi ile ödenmesi gereken hazine paylarının, döner sermaye işletmelerinin aylık gayri safi hâsılatından tahsil edilen tutarlar üzerinden ayrılması, diğer bir ifadeyle hazine payının ayrılmasında döner sermaye gelirlerinin elde edilmesi için yapılan giderler dikkate alınmadan gayri safi hâsılatın tahsil edilen tutarlar üzerinden ayrılması ilkesi getirilmiş olduğundan, 4734 Sayılı

Kamu İhale Kanunu hükümleri uyarınca yapılacak hizmet alımlarına ilişkin ödenmesi gereken bedellerin ilgili döner sermaye işletmelerinin giderleri, cihazların kullanımı sonucunda yaptırılacak çekim, tetkik, tahlil veya test gibi her işlemde elde edilen gelirlerin tamamının ise hastane döner sermaye işletmesinin gelirleri olarak hesaplara kaydedilmesi, dolayısıyla gelirlerin tamamı üzerinden hazine payı ve diğer yasal yükümlülüklerin hesaplanmasının uygun olacağı, hususları belirtilmiştir.

Bu çerçevede;

1. Hizmet satın alınması yoluyla temin edilen cihazların temininde yükleniciye, cihazın özelliğine göre çekim, tetkik, tahlil veya test gibi her işlem başına, yapılacak ihalelerde oluşan bir bedelin ödenmesi (Yılı bütçe uygulama talimatlarında belirlenen fiyatları geçmemek üzere) ve her hangi bir taahhüdün altına girilmemesi kaydıyla, yıllara sari kaynak taahhüdünde bulunulmadan birkaç yıllık süreyi kapsayan sözleşmeler ile söz konusu cihazların hizmet satın alma yöntemiyle temin edilmesinin mümkün bulunduğu;

2. 01.01.2005 tarihinden itibaren 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu gereğince, döner sermayeler ilgili bütçe içinde yer alacaklarından ve mevcut işlevlerini 31.12.2007 tarihine kadar devam ettireceklerinden yapılacak sözleşmelerde bu sürenin dikkate alınması; gerekmektedir.”

• **21.04.2005 Tarih ve 5335 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun – Madde 5**

5335 Sayılı Kanun Madde – 5 kapsamında, döner sermayeli işletmelerin de gelecek dönemlerde yaygın yüklenmelere girebilmelerine olanak tanınmıştır.

- **10.12.2003 Tarih ve 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu**

Döner sermayeler, 01.01.2005 tarihinden itibaren 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu gereğince, ilgili bütçe içerisinde yer almaya başlamışlardır ve bu doğrultuda mevcut işlerini 31.12.2007 tarihine dek devam ettirebildiklerinden, yıllara sâri hizmet alımlarının süresi ancak bu tarihe dek geçerli kabul edilmiştir. Diğer alımlarda ise sözleşmeler bütçe yılı ile sınırlı tutulmuştur.

4.9.2.4. Satın alma dokümanlarının hazırlanması

Hastanelerin dış kaynak kullanımı sürecinde satın alma işleminin ilk aşamasını, konu ile ilgili hizmet satın alımı için öngörülen yaklaşık maliyetin belirlenmesi oluşturmaktadır. Bu doğrultuda dış kaynak kullanımına konu edilecek olan hizmetin niteliğine göre – eğer bu hizmetin dış kaynak kullanımı yoluyla karşılanması durumunda ödenebilecek maksimum ücrete yönelik bir yasal düzenleme söz konusu değilse – piyasa araştırması yapılarak hastane için en uygun ücreti sunan tedarikçinin belirlenmesi adına hareket edilir. Bu süreçte diğer hastanelerin aynı alanda dış kaynak kullanmaları doğrultusunda hizmet satın alımı için ödedikleri meblağın ne yönde olduğu araştırılır ya da hastane daha öncesinde aynı kapsamda dış kaynak kullanmış ise, daha öncesinde hizmet satın alımı yapılan tedarikçi işletme ile görüşülür (Çakırer, 2002: 51).

Bu sürecin ardından dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet için yaklaşık maliyetin belirlenmesi ile birlikte 04.01.2002 Tarih ve 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu hükümleri doğrultusunda

ihale usulü belirlenir. Hastanelerin dış kaynak kullanımına yönelik söz konusu edilecek ihalelerde esas olan, 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu Madde – 19 kapsamında yer alan açık ihale usulünün uygulanması gereken hususlarının ve Kamu İhale Kurumu tarafından belirlenen temel ihale usulünün gözetilmesidir (Kamu İhale Kurumu – Mevzuat, 2015).

Belirtildiği üzere 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu Madde – 19 kapsamında yer alan açık ihale usulünün uygulanması gereken hususlarının ve Kamu İhale Kurumu tarafından belirlenen temel ihale usulünün gözetilmesi doğrultusunda hastane yönetimi ihale usulünü belirlemekte ve harcama yetkilisinin onayına sunulan dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet için onay alınmasının ardından internet aracılığı ile Kamu İhale Kurumu’ndan “ihale kayıt numarası” alınmaktadır (Kamu İhale Kurumu – Mevzuat, 2015).

İhaleye ilişkin idari şartnamenin ya da “İhale Dokümanı”nın hazırlanması sürecinde; ihtiyaç listesinin, teknik şartnamenin, sözleşme tasarısının, hizmet işleri genel şartnamesinin ve ilgili standart formların hazırlanması adına da hareket edilir. Hastanelerde dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet alımları için yapılacak ihaleler özellikli ihaleler kapsamında değerlendirildiğinden, bu hizmetin en ucuz teklifi sunacak olan tedarikçi işletmeden değil, hastanenin beklenti ve ihtiyaçlarını en uygun düzeyde karşılayacağına yönelik taahhütte bulunan tedarikçi işletmeden satın alınması gerekmektedir (Kamu İhale Kurumu – Mevzuat, 2015).

Bu süreçte tedarikçi işletmenin taahhüdüne konu ettiği hizmetleri ne denli yerine getirebileceği konusunda güvenilir olması

gözetilmesi ve işletmenin mesleki ve teknik yeterliliğe ilişkin belgeleri, ekonomik ve mali durumunu gösteren belgeleri, iş deneyimi belgeleri ve ilgili diğer belgeler hastane yönetimi tarafından istenmelidir. Sonuç olarak hastane yönetimi, “İhale Dokümanı”nı hazırlaması ile birlikte ihale için ilan yayınlamaya başlamış olacaktır ve gerekli kriterleri taşıyan tüm tedarikçi işletmelerin ihaleden haberdar olmalarını sağlamaya özen gösterecektir (Kamu İhale Kurumu – Mevzuat, 2015).

4.9.2.5. Dış kaynak sağlayıcının seçimi

Hastaneler dış kaynak kullanımına konu edilecek hizmet satın alımı için tedarikçi işletmeyi belirleme sürecinde, doğru iş ortağının seçilmesinin yaşamsal önem taşıyacağı bilinci ve anlayışı ile hareket etmelidirler. Bu nedenle de hastane yönetimi tedarikçi işletme seçiminde en doğru kararı verdiğinden emin olabilmek için, öncelikli olarak idari şartnamenin, teknik şartnamenin ve sözleşmenin açık, net ve kolay anlaşılır olmasına ve yoruma dayalı ya da yanlış anlaşılmalara müsaade edecek ifadelere yer verilmemesine özen göstermelidir. Hastanelerin dış kaynak kullanımına yönelik hizmet satın alımı için açacakları ihaleler; idari şartnamede, teknik şartnamede ve sözleşmede belirlenmiş olan yetenek ve yeterlilik kriterlerine haiz tüm işletmelere açık olacağından, hastane yönetimi ihaleye katılan tüm işletmelerin tekliflerini değerlendirmeye özen göstermeli ve ihaleye katılan işletmelerin şartnamelerde talep edildiği belirtilen tüm belgeleri sunduklarından emin olmalıdırlar. Sonuç olarak bu sürecin sonunda hastane yönetimi, hastane için en uygun iş

ortağının tespit edildiğinden emin olunmasının ardından ihale üzerinde kalan dış kaynak sağlayıcısı tedarikçi işletme ile sözleşme imzalamaktadır (Ecerkale, 2006).

4.9.2.6. Dış kaynak kullanımına yönelik Sözleşme Hazırlama Süreci

Dış kaynak kullanımına yönelik hizmet satın alımı için düzenlenen sözleşmelerin hazırlanması sürecinde; hastane beklentilerinin, ücretlendirmelerin, faturalandırmaların, kabul işlemlerinin, ölçüm yöntemlerinin ve dış kaynak kullanımı süresince ortaya çıkması muhtemel sorunların giderilebilmesine yönelik olarak uygulanabilecek yaptırımların, sözleşme kapsamında yer verilen giderlerin, muhtemel değişimler ve/veya aksaklıklar için söz konusu edilebilecek alternatif yolların ve sözleşme süresinin detayları ile hazırlanması gerekmektedir. Sonuç olarak dış kaynak kullanımına yönelik düzenlenen sözleşmede bu ve benzeri hususlar hükme bağlandığından, hizmet satın alımı süreci içerisindeki tüm işlemler bu doğrultuda güvence altına alınmış olacak ve satın alınan hizmetin düzeyi hastane yönetimince belirlenmiş olacaktır.

Belirtilen bu hususların sözleşmede güvence altına alınması çerçevesinde taahhütlerin tedarikçi işletme tarafından yerine getirilip getirilmediği ya da ne denli yerine getirildiği tespit edilerek, aylık olarak kesilen faturaların kabul işlemleri gerçekleştirilir. Zira kabul raporları, dış kaynak kullanımına konu edilen hizmet bedelinin tedarikçi işletmeye ödenmesini sağlamakta ve bu doğrultuda tahakkuka verilmektedir. Tahakkuk harcama yetkilisi bu doğrultuda

ödeme emrini almasının ardından, faturanın ödenmek üzere saymanlığa gönderilmesi söz konusu olmaktadır (Güngör, 2007: 47).

Dış kaynak kullanımı sürecinde hizmet satın alımı gerçekleştirilen hizmetin süresinin sona ermesi ile birlikte, tedarikçi işletme ile hastane arasındaki ilişki kesilmektedir. Bu aşamada yapılması gereken son işlem ise, sözleşmenin yaptırımı niteliğini taşıyan ve sözleşme bedelinin % 6'sına karşılık gelen teminatın iade edilmesini içermektedir. Bu iadenin gerçekleştirilmesi ile hastane ile tedarikçi işletme arasındaki taahhüt ilişki tamamen sona ermektedir (Karahana, 2009).

Dış kaynak hizmeti sunulmasında tedarikçi işletme, hastaneye sunduğu hizmeti sürekli olarak kontrol etmeli ve hastane beklentilerinin ve ihtiyaçlarının ne denli karşılandığını tespit etmelidir. Tedarikçi işletmenin bu süreçteki yaklaşımı ya da hizmet sunumundaki hassasiyeti, hastanenin aynı hizmeti tekrar aynı tedarikçi işletmeden satın almasının en önemli belirleyicisi olmaktadır (Semerci, Özata ve Öztürk, 2000: 98).

Hastanelerin dış kaynak kullanımı için hizmet satın alımı sürecini ihale yoluyla gerçekleştirmesi dolayısıyla, aynı yönde hizmet alımı için aynı tedarikçi işletme ile çalışılması olasılığı çok düşük olmasına karşın, uygulamada farklı yönde hareket edildiği görülmektedir. Özellikle de tedarikçi işletmenin, dış kaynak kullanımına konu edilen hizmet sunumu için yaptığı yatırımlar ve bir anlamda işe aşına olması gözetilerek, hastanenin tekrar aynı tedarikçi işletme ile çalışmayı tercih edebilmektedirler (Karahana, 2009).

Dış kaynak kullanımı sürecinde taraflar arasındaki ilişkilerin doğru bir şekilde ve profesyonel bir anlayışla yönetilmesi ve yürütülmesi büyük önem taşımaktadır. Zira tedarikçi işletme tarafından sunulan hizmet ne denli kaliteli olursa olsun ya da hastanenin beklenti ve ihtiyaçları ne denli karşılanırsa karşılansın, eğer taraflar arasındaki ilişkilerin doğru bir şekilde yönetilmesi söz konusu olamazsa, dış kaynak kullanımı sürecinden de maksimum faydanın elde edilmesi söz konusu olamamaktadır (Semerci, Özata ve Öztürk, 2000: 101).

Bu süreçte taraflar arasındaki ilişkilerin doğru yönetilmesinden kast edilen; ilişkide “kazan – kazan” anlayışının gözetilmesi, dış kaynak hizmeti sunan işletme ile hastane arasında kültürel, kişisel ve/veya etnik açıdan çıkar ya da çatışma ilişkisi olmaması ve kurumlar arasında hizmet satın alımı sürecinin her aşamasına ilişkin görüş birliği sağlanmış olmasıdır. Bu nedenle de dış kaynak kullanılması yoluyla temin edilen hizmetin planlanmasından uygulanmasına ve kontrolüne dek her aşamada taraflar arasında stratejik amaçların ve işleyişlerin gözetilmesi gerekmektedir (Akyürek, 2014: 146).

Sonuç olarak hastanelerde dış kaynak kullanımı süreci, sağlık hizmetlerinin belirli bir kalitede sunulmasını sağlaması ve hasta memnuniyetinin ve tatmininin tesis edilmesini olanaklı kılması bakımından önem arz etmektedir. Bu önemin ortaya konulabilmesi adına da, bu aşamaya dek söz konusu edilen tüm süreçlerin hem hastane hem de tedarikçi işletme tarafından gereği gibi yerine getirildiğinden emin olunması gerekmektedir ki, bu durum

hastanelerde dış kaynak kullanımının uygulanabilirliğinin artırılmasını sağlamış olacaktır.

4.9.2.7. Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanım Alanları

Kamu hastaneleri de diğer özel sağlık kurumları gibi ihtiyaçları olan kaynakları dışarıdan temin ederek, bunları sağlık hizmetine dönüştürmekte ve ihtiyacı olan insanlara sunmaktadır. Fakat hastanelerin diğer kamu kurumlarından ayrılan en önemli özelliği karmaşık yapıda örgütler olmalarıdır. Bu karmaşık yapıdaki hastanelerin ihtiyaçlarını dışarıdan temin edebilmeleri için, 22.01.2002 tarihli 24648 sayılı resmi gazetede yayımlanan ve 01.01.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu (KİK) yürürlüğe girmiştir ve Kamu İhale Kurumu kurulmuştur. Kamu İhale Kurumu; saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, gereksinimlerin uygun koşullarla ve zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla yükümlüdür.

Bu esaslar çerçevesinde kamu hastanelerinde, etkin ve verimli olarak kullanılmayan bir bölümün verimliliğini artırmak, yıpranmış ya da eski teçhizatı ve ekonomik ömrünü tamamlamış cihazların kaynak kullanımında bulunulmadan yenilenmesinde bir yöntem olarak ele alınan dış kaynak kullanım (DKK), şu alanlarda kullanılmaktadır:

- Temizlik / çamaşır hizmetleri
- Yemek pişirme / sunum hizmetleri
- Güvenlik hizmetleri
- Hasta bakıcılığı hizmetleri

- Tıbbi görüntüleme hizmetleri
- Tıbbi laboratuvar hizmetleri
- Hastane otomasyon / yazılım hizmetleri
- Hastane bilgi işlem / tıbbi sekreterlik hizmetleri
- Tıbbi cihaz kiralama
- Personel taşıma hizmetleri
- Danışmanlık hizmetleri
- Muhasebe ve finans hizmetleri
- Bakım ve onarım hizmetleri
- Kantin / kafeterya hizmetleri
- Otopark
- Haşere / böcek ilaçlama

4.9.3. Hastanelerde İnsan Kaynakları Yönetiminde Dış Kaynak Kullanımı ve Performansa Etkileri

Dış kaynak kullanımı yöntemi, çağdaş bir yönetim ve organizasyon anlayışı olması bakımından günümüz itibariyle birçok işletmede kullanıldığı gibi hastanelerde de uygulama alanı bulmaktadır. Bununla birlikte ilgili literatürde bazı yazarlar; ülkemizde hastanelerde çağdaş yönetim ve organizasyon yöntem, teknik ve uygulamalarına yeterince yer verilmemesi adına, hastanelerde gerek genel olarak ve gerekse de İKY uygulamalarında etkinliğin, verimliliğin ve ekonomik amaçlara ulaşımın sağlanabilmesi sürecinde dış kaynak kullanımına da yeterince yer verilmediğini belirtmektedirler. Bu doğrultuda hastanelerin, hizmet üreten işletmeler

olmak bakımından dış kaynak kullanımı çağdaş yönetim ve organizasyon sürecinin bir parçası olarak değerlendirmesi ve uygulaması gerektiği belirtilmektedir (Ak, 2010: 81).

Kaplan'a (2001) göre; dış kaynak kullanımı yöntemi ile hastane yönetim ve organizasyon ilkeleri doğrultusunda çok daha kaliteli, düşük maliyetli, modern teknolojinin sunduğu olanakları etkin ve verimli kullanabilir hale gelmiş olabileceklerdir. Bu doğrultuda dış kaynak kullanımı yöntemi ile hastaneler rekabet edebilirliklerini artırarak ve bazı hizmet birimlerinden arınarak uzmanlık hastanelerine dönüşebileceklerdir. Aynı şekilde dış kaynak kullanımı, hastanelerin daha az çalışan ile daha çok iş yapmalarını sağlamak bakımından İKY işleyişlerine de katkı sağlayacak ve sağlık profesyonellerinin performans, verimlilik, iş tatmini ve motivasyon düzeylerinin artmasını sağlayacaktır.

Hastanelerde dış kaynak kullanımı, 21. yüzyılla birlikte hastanelerin bilgi çağının gereklerine ve koşullarına uyum sağlayabilmeleri ve uygun hareket edebilmeleri açısından yeni organizasyonel yapılanmalara olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda hala klasik organizasyon yapısı ile varlıklarını devam ettirmeye çalışan hastaneler varlıklarını uzun süre devam ettiremeyecekler ve rekabet avantajı elde edemeyeceklerdir. Zira klasik yönetim ve organizasyon yapısı karmaşık bir yapılanma içermektedir ve bu yönde karmaşık bir yapılanma içerisinde olan hastanelerin revize edilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir (Lonsdale & Cox, 2000).

Saltman & Figueras'e (1998: 103) göre; klasik bir yapılanma doğrultusunda şekillendirilen hastane organizasyonları, sağlık

hizmetlerindeki değişimlere paralel olarak değiştirilmek durumundadır. Zira hastanelerin temizlik işleri bu yönde dış kaynak hizmeti sunan tedarikçi işletmelere, elektronik cihazların alımı, bakımı ve onarımı işleri bu yönde dış kaynak hizmeti sunan tedarikçi işletmelere, yiyecek – içecek hizmetleri bu yönde dış kaynak hizmeti sunan tedarikçi işletmelere vb. verildiği oranda, hastanenin verimliliğinin ve etkinliğinin artması söz konusu olabilmektedir.

Kısaca sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması sürecinde hastaneler bu yöndeki hizmetlerini ne denli dışarıdan temin etmiş olursa, bu işlerin o denli alanında uzman kişiler tarafından yerine getirilmesi söz konusu olabilmektedir. Saltman & Figueras (1998: 104) bu doğrultuda; ABD’de hastanelerde dış kaynak kullanımı yoluna gidilen hizmetlerin içerisinde temizlik işlerinin, yiyecek – içecek ile bakım – onarım hizmetlerinin yer aldığı belirtmekte ve bu doğrultuda hastanelerin, bir anlamda bir denetim mekanizmasına sahip olabildiğini ve bu durumun işletmenin diğer personelinin etkinliğinin artırılmasına da katkı sağladığını ifade etmektedirler.

Hastanelerde İKY sürecinde dış kaynak kullanımı yöntemine yer verilmesinin temel nedenleri; personel yönetiminde esneklik sağlanması, personel verimliliğinin ve etkinliğinin artırılması, dış paydaşlar anlamında hasta ve iç paydaşlar anlamında çalışan memnuniyetinin ve tatmininin sağlanması, personel maliyetlerinde azalmanın olanaklı kılınması, personel yönetiminde karmaşıklığın önüne geçilmesi, sadece hastanenin temel yeteneklerine uygun personelin istihdam edilmesinin sağlanması, gelişen tıp teknolojilerini takip edebilecek nitelikte ve uzmanlıkta personele sahip olunmasının

sağlanması ve bu doğrultuda hizmet kalitesinin artırılmasının olanaklı kılınması, optimum kaynak dağılımının mümkün hale getirilmesi, hastane personelinin maruz kalabileceği risk oranının azaltılması ve/veya minimum seviyede tutulması, kontrol dışı fonksiyonların denetim altına alınmasının sağlanması, hastane personelinin zaman tasarrufu yapmasının olanaklı kılınması, personel yönetiminde çağdaş yönetim anlayışının hakim kılınabilmesi ve İKY işleyişlerinde organizasyonel küçülmenin sağlanabilmesi olarak ifade edilmektedir.

4.9.3.1. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve yönetimde esneklik sağlanmasına katkıları

Hastaneler; hızlı karar alabilen, çevresel değişimlere gecikmeden reaksiyon gösterebilen ve hem hastalarının hem de çalışanlarının beklenti ve ihtiyaçlarına olması gereken düzeyde ve hızlı cevap verebilen esnek bir yapılanmaya sahip olması gereken işletmelerdir. Türkiye’de hastaneler için söz konusu edilen bu esnek yapılanma, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerdeki tüm faaliyetlerin koordinasyonundan ve yönetiminden sorumlu olan en üst makam olarak “başhekimlik/hastane yöneticisi” tarafından sağlanmaktadır ve Sağlık Bakanlığı, hastanede günlük olarak yerine getirilmesi gereken tüm faaliyetlerin yürütülmesi sorumluluğunu ve yetkisini başhekimliğe/hastane yöneticisine vermektedir (Özgen ve Öztürk, 1994).

Bununla birlikte asıl mesleği hekimlik olan başhekim/hastane yöneticisi, özde başlı başına bir iş olan ve belirli bir uzmanlık alanını gerektiren hastane yöneticiliği konusunda yetersiz kalmaktadırlar.

Aynı şekilde hastanelerin organizasyonel yapılanmaları, bütçeleri, satın alma limitleri ve malzeme yönetim politikaları, hastane işleyişlerinin yerine getirilmesi sürecinde takip edilmesi gereken prosedürler ve bu kapsamda yer alan kanunlar, tüzükler, yönetmelikler ve genelgeler göz önünde bulundurulduğunda, yine söz konusu edilen tüm bu hususların ayrı bir uzmanlık alanı kapsamında yer alması bakımından, bu yöndeki tüm uygulamaların başhekim tarafından bilinmesine ve koordine edilmesine imkan tanımamaktadır. Bu nedenle de hastane yönetimi söz konusu olduğunda hastanelerin dış kaynak kullanımı yoluna gitmesi ve alanında uzman kişilerden tarafından profesyonel anlamda desteklenmesi işletme iş ve işleyişlerinin gereği gibi yerine getirilmesine katkı sağlamış olmaktadır (Tengilimoğlu, 2012: 57).

İKY bağlamında değerlendirildiğinde de; çağdaş yönetim anlayışı kapsamında artık İKY uygulamalarının ve işleyişlerinin farklılaşması doğrultusunda yapılması gerekenlerin sadece personel yönetimi temelinde gerçekleştirilmesinin yeterli olmadığı ve sadece bordro hazırlanması ya da personel ücretlerinin ve sigorta işlemlerinin düzenlenmesinden ibaret olmadığı görülmektedir (Ekin, Yanık ve Kıyak, 2012).

Zira İKY çerçevesinde yer verilen anlatımlarda da sıklıkla üzerinde durulduğu gibi; İKY işletmede çalışan personelin ücret yönetimini içermekle birlikte, kariyer yönetiminden eğitim planlamasına, çalışan memnuniyetinin artırılması çalışmalarından iş tatmininin sağlanması uygulamalarına dek uzanan geniş kapsamlı bir alanı içermektedir ve bu yöndeki uygulamalar da neticesinde, hastane

yönetiminde olduğu gibi İKY alanında uzman personelin tedarik edilmesini gerektirmektedir (Colonna & McFau, 2004).

Bu süreçte hastaneler, eğer bünyelerinden İKY uygulamalarının düzenlenmesini sağlayacak personel istihdam etmiş değilse, konu ile ilgili danışmanlık hizmeti veren tedarikçi işletmelerden dış kaynak kullanımı yoluyla hizmet satın almak doğrultusunda, daha esnek ve profesyonel bir anlayışla İKY departmanı tarafından yerine getirilmesi gereken tüm süreçlerin olması gereken düzeyde gerçekleştirilebilmesini sağlayabilmektedirler (Bayraktutan ve Pehlivanoglu, 2012).

4.9.3.2. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve verimlilik artışına katkıları

Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez nitelikte olması, sağlık hizmetlerine olan talebin düzensizliği ve her geçen gün arttığı göz önünde bulundurulduğunda, bu hizmetlere yönelik verimliliğin ve etkinliğin artırılmasının zorunlu olduğu çok daha net ortaya konulabilmektedir (Öztürk, 1996). Bu doğrultuda hastanelerde verimliliğin ve etkinliğin artırılmasının en önemli koşulu, etkin bir yönetim ve organizasyon yapısının ve sürecinin hâkim kılınmasıdır (Ağırbaş, 1993: 65).

İKY kapsamında değerlendirildiğinde; hastanelerde İKY uygulamalarının gereği gibi yerine getirilebilmesinin, sağlık profesyonellerinin verimliliklerinin ve etkinliklerinin artırılması doğrultusunda ve motivasyonlarının ve iş tatminlerinin sağlanması kapsamında sağlık hizmetlerinin gereği gibi yerine getirilmesinin

temel koşulu olduğu söylenebilir (Athanasopoulos & Chrysostomos, 2001).

Zira işletme tarafından gözetildiklerini ve önemsendiklerini bilen çalışanların performanslarının artması söz konusu olacak ve bu durum, sağlık profesyonellerinin işe devamsızlık ve işgücü devir oranlarının düşmesini sağlayacaktır. Aynı şekilde kaynak israfının önlenmesi ve hizmet etkinliğinin ve kalitesinin artırılması doğrultusunda, genel anlamda hastane performansının ve kalitesinin yükseltilmesi olanaklı olabilecektir. Bu doğrultuda hastanelerin dış kaynak kullanımı yoluyla hizmet satın almaları ise, İKY uygulamalarının daha profesyonel bir anlayışla ortaya konulmasını sağlamış olacaktır (Hahn, Müller & Needham,2010).

4.9.3.3. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve hasta ve çalışan tatminini artırmaya katkıları

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinin en önemli ölçütü, hasta memnuniyeti ve tatminidir. Bu bağlamda hasta tatmini; hasta ve/veya sağlık hizmeti satın alan kişilerin sunulan sağlık hizmetinden, sunum şeklinden ve hizmet sunulan ortamdan hoşnut olmasını, tüm bu hususların kişilerin beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılama düzeyini ifade etmektedir. Bu nedenle de hastaneler, kalite yönetimi kapsamında gerçekleştirilen kalite değerlendirme ve geliştirme çalışmalarında, hastaların istek, değer ve beklentilerinin karşılanması ile sunulan sağlık hizmetinin uyumlu olmasına özen göstermeli ve bu temelde hasta memnuniyetinin maksimize edilmesini sağlamalıdır (Işık, 2013: 65).

ABD’de de bu doğrultuda, günümüz itibariyle hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik olarak, hastanelerin modern pazarlama anlayışına sahip olmaya başladıkları ve “Hasta Odaklı Bakım (Patient Focus Care)” uygulamasına geçtikleri görülmektedir. Hasta Odaklı Bakım uygulaması sayesinde hastanelerin hasta memnuniyetinin artırılmasında önemli artış sağlamakta ve bu şekilde hastanenin daha rekabetçi bir yapıya kavuşması, klinik bakım seviyesinin artırılması, ortalama hastanede kalış gün sayısının ve hizmet dublikasyonlarından doğan maliyetlerin azaltılması ve hasta işlemlerinin hızlandırılması sağlanabilmektedir (Tengilimoğlu, 1997).

Hastanelerin performans, verimlilik ve etkinlik düzeylerinin artırılmasında hasta memnuniyetinin etkili olması kadar çalışan memnuniyetinin sağlanması da önem arz etmektedir. Zira neticesinde daha nitelikli sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirecek olan hastanelerde görev yapan sağlık profesyonelleridir ve bu temelde sağlık çalışanlarının etkinlik ve verimliliklerinin artırılması da, motivasyon ve memnuniyet düzeylerinin artırılması ile doğru orantılı olarak gerçekleşmiş olacaktır (Demirbilek ve Çolak, 2008).

Bu yönüyle de yine sağlık profesyonellerinin İKY bağlamındaki ihtiyaçlarının profesyonel bir anlayışla karşılanması, motivasyon ve memnuniyet düzeylerinin artırılması doğrultusunda verimliliklerine, etkinliklerine ve performanslarına yansıtacağından, İKY temelinde dış kaynak kullanımı yoluna giden ve bu süreçte danışmanlık hizmetlerinden hizmet satın alan hastanelerin de verimlilikleri, etkinlikleri ve performansları artmış olacaktır.

4.9.3.4. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve maliyetleri azaltmaya katkıları

Hastanelerde kaynakların en etkin ve en verimli şekilde nasıl kullanılabileceğinin saptanması, hastane performansının artırılmasında önem arz etmektedir. Bu yönde bir saptamada bulunabilmek ise ancak maliyetlerin belirlenebilmesi ve denetlenebilir olması ile olanaklı olabilmektedir. Bu durum maliyetlerin etkin bir araç olarak kullanılmasını sağlamış olmakta ve en düşük maliyetle en yüksek kalitede hizmet üretebilen ve sunabilen hastaneler rekabet avantajı elde edebilmektedir. Bu nedenle de hastaneler, diğer tüm işletmeler gibi kaynaklarını rasyonel bir yaklaşımla ve etkin olarak kullanmak durumundadırlar (Zaim, Tarım ve Zaim, 2010: 87).

Günümüz itibariyle tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de İKY en önemli stratejik unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmek isteyen tüm hastaneler, personel en üst düzeye çıkarmak adına hareket etmek durumundadırlar ve mesleki anlamda uzman kişiler istihdam eden bir hastane, rakiplerine göre rekabet avantajı elde etmiş olmaktadır (Sayım, 2009: 147).

Bu doğrultuda örneğin; “Müşteri Şikâyet Yönetimi (MŞY)” bağlamında hasta şikâyetlerinin gereği gibi dinlenebilmesinin, ilgili yerlere iletilebilmesinin ve/veya hastaların şikâyetleri ile ilgili olarak ilgili birimlere yönlendirilebilmesinin sağlanmasına yönelik olarak iletişim becerisine, ekip çalışması anlayışına ve empati kurabilme yeteneğine sahip uzman personelin dış kaynak kullanımı yoluyla

temin edilmesi, hastaneler için alternatifsiz bir önem taşımış olacaktır (Özdemir, Polat ve Özdemir, 2015).

4.9.3.5. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve gelişen teknolojileri takip etmeye yönelik katkıları

Teknolojik gelişmelerin ve ilerlemelerin tıp teknolojisini desteklemesi, insan sağlığı bağlamında da büyük ilerlemeler kaydedilmesini beraberinde getirmiştir. Bununla birlikte genel anlamda teknoloji ve özel anlamda tıp teknolojisi kapsamındaki cihazlar her geçen gün çok daha fazla ücretler üzerinden kullanıcılarına sunulmaktadır. Aynı şekilde yüksek maliyetlerle üretilen bu cihazların bakım – onarım maliyetleri de aynı oranda yüksek olabilmektedir (Khatri ve diğerleri, 2006).

Bu doğrultuda hastaneler de, hem cihaz satın alma ücretlerinin hem de bakım – onarım maliyetlerinin yüksek olması dolayısıyla, ihtiyaç duydukları cihazların direkt olarak satın almak yerine tedarikçi işletmeden dış kaynak kullanımı yoluyla temin ederek, hastalarının beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayabilmektedirler (Beyan ve Beyan, 2011).

Bu süreçte aynı zamanda tedarikçi işletmeden hizmet satın alımı yoluyla hastane ihtiyacını karşılamaya yönelik temin edilen tıbbi cihazlar için, aynı zamanda bu cihazların kullanımı ve bakım ve onarımı konusunda uzmanlık bilgisine sahip olan personelin temin edilmesi söz konusu olabilmektedir. Bu durum hastanelerin cihaz maliyeti ile birlikte cihazı kullanabilecek ve bakımını ve onarımını gerçekleştirebilecek nitelikteki personelin direkt olarak istihdam

edilmesine yönelik maliyetlerden tasarruf edebilmesine imkan tanımaktadır (Khatrı ve diğerleri, 2006).

4.9.3.6. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik katkıları

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve değişkenlerin açık bir şekilde tanımlanamaması, aynı şekilde hizmet kalitesinin sübjektif faktörlerin etkisine açık olmasına karşın direkt olarak nesnel ölçütlere bağlı olarak ölçümlenebilmesi, sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak değerlendirilmesini beraberinde getirmektedir (şahin ve Yılmaz, 2007). Bununla birlikte hastanelerde hizmet kalitesinin sağlanması, hastaların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik planlamalarda bulunulmasını ve düzenlemeler yapılmasına endeksli olduğundan, hizmet kalitesinin sağlanması doğrultusunda hastaneler rekabet avantajı elde edebilmektedirler (Akgün ve Öztürk, 2002).

Hastanelerde hizmet kalitesinin temel ölçütlerinden birisi, diğer tüm işletmelerde olduğu gibi hasta memnuniyetinin sağlanması olduğu için, hastaların memnuniyet duymalarının sağlanabilmesi mutlaka ki profesyonel ve uzman bir ekiple çalışılması ile olanaklı olacaktır. Bu süreçte yine hastaneler, temel yeteneklerinin dışında kalan alanlarda dış kaynak kullanımı yoluna giderek, hastalarının talep, beklenti ve ihtiyaçlarını maksimum düzeyde karşılayabileceklerinden, bu doğrultuda hastanenin hizmet kalitesi ve performansı da artırılmış olunabilecektir (Shemwell & Yavaş, 1999).

4.9.3.7. Hastanelerde insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve kaynakların dengeli dağılımının sağlanmasına katkıları

Kaynak kullanımı bağlamında kaynakların dengeli dağılımının sağlanması, yine her işletme için olduğu gibi hastaneler için de büyük önem arz etmektedir. Zira kaynakların dengeli dağılımının sağlanmaması durumunda kaynak yetersizliği ortaya çıkmış olacaktır. Bu durum sağlık hizmetlerinde telafisi olanaksız sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecektir (Yağcı ve Duman, 2007).

Hastanelerde kaynakların etkin olarak kullanılmamasının ve dengeli dağılımının sağlanamamasının en önemli nedeni, talebin doğru bir şekilde öngörülememesinden, malzeme alımında gecikme yaşanmasından, malzemelerin uygun olmayan kullanımlarından ve bakım – onarım hizmetlerinin gereği gibi yerine getirilmemesinden ya da yetersiz düzeyde ve uygunsuz şekilde gerçekleştirilmesinden kaynaklanabilmektedir. Bu bağlamda hastane yönetimi, söz konusu edilen bu ve benzeri nedenlerin bertaraf edilebilmesi için başka birtakım yollar ve yöntemler uygulayabileceği gibi, sınırlı kaynakların optimum seviyede kullanılabilmesini sağlayacak personelin istihdam edilmesi adına hareket edebilir (Varinli ve Çakır, 2004).

Bu süreçte özellikle bakım – onarım hizmetlerinin uzman personel tarafından yerine getirilmesinin sağlanmasına yönelik olarak ya da malzeme alımlarının uygun zamanda ve yeterli miktarda alınmasını sağlamak adına dış kaynak kullanımı yoluyla personel temini yoluna gidebilir. Neticesinde bu yönde hareket edilmesi, belirtilen sorunların yaşanmasını en az düzeye indirebilecek ya da

tamamıyla bertaraf edilmesini olanaklı hale getirebilecektir ki, bu şekilde hastane etkililiğinin ve performansının artırılabilmesi olanaklı olabilecektir (Beyan ve Beyan, 2011).

Belirtilen nedenlerin devre dışı bırakılabilmesini sağlamak adına hastanelerde dış kaynak kullanımı yoluna gidilmesi, sağlık hizmeti sunumunda kritik öneme sahip olan fonksiyonlardan daha az önem taşıyan fonksiyonlara kadar tüm fonksiyonların gereği gibi yerine getirilebilmesini sağlamış olacak ve hastane yönetimi bu doğrultuda, kaynaklarını kendisine değer yaratan fonksiyonlara yönlendirme olanağına sahip olarak, tamamen hasta tatmini ve memnuniyetine odaklanabilecektir (Sur ve Palteki, 2013: 48).

Sonuç olarak hastanelerde İKY bağlamında dış kaynak kullanımı yoluna gidilmesi, işletmenin kendisine rekabet avantajı sağlayacak olan temel yeteneklerine odaklanabilmesine olanak tanınması ve uzmanlık alanı dışında kalan faaliyetlerini dışarıdan etmesi temelinde, kalite standartlarının artırılmasını sağlamış olacaktır. Bu nedenle de hastanelerde İKY bağlamında dış kaynak kullanımı hastane yönetimi tarafından bir yönetim strateji olarak görülmeli ve uygulanmalıdır.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Veri Toplama Aracı

Yapılan araştırmada verilerin toplanması için ‐Hastanelerde DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri‐nin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan anket (Ek – 1) kullanılmıştır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo – demografik özelliklerini içeren 7 soru yer almaktadır.

İkinci bölümde ise, 54 maddeden ve ‐İletişim Becerileri (4 ifade)‐, ‐Planlama ve Organize Etme Becerileri (5 ifade)‐, ‐Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği (10 ifade)‐, ‐Kurumsal Bilgi (3 ifade)‐, ‐Motivasyon (13 ifade)‐, ‐İş Disiplini ve Etiği (10 ifade)‐, ‐Dış İlişkiler ve Hasta Odaklılık (6 ifade)‐ ile ‐İş kalitesi ve Hedeflere Ulaşma (3 ifade)‐ sekiz alt boyuttan oluşan, araştırmacı tarafından bu çalışma kapsamında geliştirilmiş ‐Yöneticiler İçin DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansını Değerlendirme Ölçeği‐ yer almaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, yönetim bilimi alanında çalışan akademisyenler ile Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Şanlıurfa Harran İlçe Devlet Hastanesi, Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinin Ev İdaresi Koordinatörlüğü, Kalite Bölümü ile Müdürlüklerde görev yapan yaklaşık 20 yönetici ile görüşülerek Aralık 2014 ile Şubat 2015 tarihleri arasında geliştirilmiştir. Her bir madde 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanmış olup; ‐Kesinlikle Katılmıyorum (1)‐, ‐Katılmıyorum (2)‐, ‐Kararsızım (3)‐,

“Katılıyorum (4)” ve “Kesinlikle Katılıyorum (5)” ifadeleri yer verilerek oluşturulmuştur.

Ölçeğe son şekli verilmeden önce Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Şanlıurfa Harran İlçe Devlet Hastanesi, Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastanelerindeki 20 yönetici ile ön çalışma yapılmış, maddelerin anlaşılabilirliği test edilmiştir.

Geliştirilen ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach Alpha (α) katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach α değerinin 0.7’den büyük olması kullanılan ölçme aracının güvenilir olduğunu gösterir. Araştırmada kullanılan ölçme aracının Cronbach Alpha (α) katsayısı 0,90’dır.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa il ve ilçelerinde, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı bulunan hastaneler (15 devlet hastanesi) ile Harran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere toplam 16 hastanede görev yapan 302 yönetici oluşturmaktadır.

Araştırma yapılmadan önce Gazi Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 26.02.2015 tarihinde verilen “Etik İlkelerine uygundur” kararı alınmıştır. Araştırmanın Şanlıurfa ili genelinde yapılabilmesi için gerekli izin yazıları 13.03.2015 tarihinde Kamu Hastaneleri Şanlıurfa Genel Sekreterliği’nden ve 13.03.2015 tarihinde de Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden alınmıştır.

Anketler uygulanmadan önce ilgili hastane başhekimliğinden randevu alınarak hastaneye gidilmiştir. Genel olarak hastane yöneticilerine çalışma hakkında bilgi verilerek anketler dağıtılmıştır. Yöneticiler anketi doldurduktan sonra bir sonraki ziyarette anketler toplanmıştır.

Hastanede anket uygulanacak “Yönetici Grupları” belirlenirken, hem Kamu Hastaneleri Şanlıurfa Genel Sekreterliğindeki uzmanlar hem de hastanelerin başhekimlerince görüşülerek, hastanedeki yönetici grupları tespit edilmiş ve görüşler doğrultusunda belirlenen yöneticilere anket uygulanmıştır. Bazı hastaneler küçük oldukları için (Halfeti Devlet Hastanesi 10 yatak ve Bozova devlet Hastanesi 10 yatak) tespit edilen yönetici kadrolarının büyük bir kısmı bulunmamaktadır. Yine bazı hastanelerde aynı yönetici farklı bölümlerin sorumluluklarını üstlendikleri için birden fazla bölümün yöneticiliğini yaptıkları tespit edilmiştir. Örneğin bir hastane müdürü; kalite, sivil savunma, mutfak, teknik birim gibi bölümlerin tamamına bakmaktadır. Bu sebeplerden dolayı, her hastanede anket uygulaması yapabilmek için belirlenen her kadroda görev yapan yönetici bulunmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 5.1’de görüldüğü gibi, araştırmada istatistiksel hesaplamaların uygun verilerle yapılabilmesi için “hastane başhekim ve başhekim yardımcıları”; “hastane müdür ve müdür yardımcıları”; “acil servis, klinikler, yoğun bakım, ameliyathane sorumluları” ve “radyoloji, biyokimya, kalite, teknik servis, mutfak, arşiv, sivil savunma, enfeksiyon sorumluları” olarak dört grupta toplanmıştır.

Çizelge 5.1. Şanlıurfa İli Genelindeki Kamu Hastanelerinde Anket Uygulaması İle İlgili Genel Bilgiler

HASTANELER	BAŞHEKİM ve BAŞHEKİM YARDIMCISI				MÜDÜR ve MÜDÜR YARDIMCISI			SERVİS/ YOĞUN BAKIM/ ACIL/ AMELİYATHANE SORUMLUSU				BADYOLİHİBİYOKİMYA/ KALİTE/ FİZİKSEL SERVIS/ MUTFAK/ İNŞA/ SIVİL SAVUNMA/ ENFEKSİYON SORUMLUSU				TOPLAM				
	SAYI	ANKET DAĞITILAN	CEVAP VEREN	ORAN	SAYI	ANKET DAĞITILAN	CEVAP VEREN	ORAN	SAYI	ANKET DAĞITILAN	CEVAP VEREN	ORAN	SAYI	ANKET DAĞITILAN	CEVAP VEREN	ORAN	TOPLAM PERSONEL	ANKET DAĞITILAN	CEVAP VEREN	ORAN
M.Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	4	4	4	100	6	6	3	05	5	5	17	08	8	8	8	100	45	45	2	04
Harran Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi	4	4	4	100	3	3	2	07	20	20	15	05	5	3	06	32	32	22	09	
Bahırlıgöl Devlet Hastanesi	2	2	0	0	4	4	3	05	8	8	8	10	8	5	05	22	22	16	07	
Çocuk Devlet Hastanesi	3	3	3	100	3	3	3	10	11	11	6	05	7	7	1	04	25	25	16	02
Kadın Doğum Hastanesi	2	2	1	05	4	4	3	05	10	10	8	02	7	7	6	08	23	23	8	08
Ağız Diş Hastanesi	2	2	2	100	2	2	2	10	2	2	2	10	5	5	4	08	11	11	10	09
Akçakale Devlet Hastanesi	1	1	1	100	3	3	3	10	5	5	5	10	7	7	6	08	16	16	15	04
Harran Devlet Hastanesi	1	1	1	100	2	2	2	10	4	4	4	10	7	7	7	100	15	15	14	10
Ceylanpınar Devlet Hastanesi	2	2	2	100	4	4	4	10	6	6	4	07	8	8	6	05	18	18	16	09
Viranşehir Devlet Hastanesi	2	2	0	0	2	2	2	10	9	9	8	09	7	7	2	02	19	19	12	06
Siverek Devlet Hastanesi	2	2	2	100	4	4	4	10	9	9	9	10	8	8	8	100	23	23	23	10
Hilvan Devlet Hastanesi	1	1	1	100	2	2	2	10	3	3	3	10	5	5	5	100	11	11	11	10
Bozova Devlet Hastanesi	1	1	1	100	1	1	1	10	1	1	1	10	4	4	4	100	7	7	7	10
Suruç Devlet Hastanesi	3	3	3	100	1	1	1	10	3	3	3	10	6	6	6	100	13	13	13	07
Birecik Devlet Hastanesi	2	2	2	100	4	4	4	10	7	7	5	07	5	5	3	06	18	18	14	08
Halfeti Devlet Hastanesi	1	1	1	100	1	1	1	10	0	0	0	0	2	2	2	100	6	6	6	10
TOPLAM	33	33	28	085	46	46	40	091	123	123	98	080	99	99	76	070	302	302	265	088

Çizelge 5.1'de anket dağıtılan 33 başhekim ve başhekim yardımcısının % 85'i (28 kişi), 46 hastane müdür ve müdür yardımcısının % 91'i (40 kişi), 123 servis sorumlusunun % 80'i (98 kişi) ve 99 diğer birim sorumlusunun % 70'i (79 kişi) anketi

doldurmuştur. Genel uygulamada 302 hastane yöneticisine anket dağıtılmış, % 81'i (245 yönetici) ankete katıldıkları tespit edilmiştir.

Çizelge 5.2'de Şanlıurfa ili genelindeki kamu hastanelerine göre DKK yoluyla istihdam edilen personel grupları, sayıları ve kadrolu toplam çalışanlar ile oranları verilmiştir.

Çizelge 5.2. DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personel Grupları, Sayıları, Oranları

Hastane İsmi	HASTANEDE DKK YÖNTEMİYLE ÇALIŞAN PERSONEL GRUPLARI VE SAYILARI														DKK yöntemiyle çalışan personelin, Kadrolu Çalışanlara Oranı
	Hastanede Hizmet İhalesi Yoluyla İstihdam Edilen Personel Sayısı												Kamu (4a / 4b /4c) çalışanları hastane toplam sayısı		
	Hastane yatak sayısı	Bilgi İşlem	Yazılım	Temizlik	Hasta bakıcı	Çiğnenlik	Soför	Laboratuvar	RadYOloji / mr	Mutfak	Teknik servis	Varsa diğer	Toplam hizmet alımı yoluyla çalışan personel sayısı		
Harran Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi	300	122	5	123	0	0	0	17	2	10	6	0	285	324	087
M. Akif İnan Eğt. Ve Arş. Hastanesi	500	175	7	239	0	50	3	9	0	50	30	7	500	807	071
Şanlıurfa Ağız Ve Diş Hastanesi	0	60	2	31	0	17	1	0	0	4	2	0	117	114	102
Balıklığöl Devlet Hastanesi	150	110	2	99	0	36	0	0	0	37	5	0	289	480	064
Çocuk Hastahkları Hastanesi	300	81	7	106	0	32	1	4	0	16	8	0	285	333	077
Kadın Hastahkları Hast.	200	89	9	108	0	28	1	5	0	13	8	0	261	277	094
Siverek Devlet Hastanesi	200	70	5	76	0	40	3	0	0	7	0	0	201	297	068
Ceylanpınar Devlet Hastanesi	50	42	2	30	0	10	2	0	3	7	0	0	96	153	063
Birecik Devlet Hastanesi	100	43	3	36	0	10	0	0	0	6	0	0	98	191	051
Harran Devlet Hastanesi	40	18		16	0	10	0	0	0	2	0	0	46	79	058
Viranşehir Devlet Hastanesi	200	70	0	60	0	35	0	0	0	11	10	0	186	261	071
Hilvan Devlet Hastanesi	10	7	1	10	0	9	1	0	0	2	1	0	31	76	040
Suruç Devlet Hastanesi	25	37	1	28	0	19	1	0	0	6	0	0	92	126	073
Akçakale Devlet Hastanesi	40	19	5	32	0	10	1	0	0	5	5	0	77	127	061
Bozova Devlet Hastanesi	10	6	1	5	0	4	2	0	0	3	1	0	22	62	035
Halfeti Devlet Hastanesi	10	2	1	4	0	4	1	0	0	2	0	0	14	47	030
Toplam		1006	51	1008	0	314	17	35	5	181	76	7	2640	3724	071

Kaynak: Araştırma Yapılan Hastanelerin Müdürlüklerinden Alınmıştır.

Çizelge 5.2 incelendiği zaman, DKK yöntemiyle en fazla gereksinim duyulan alanlar, temizlik (1,003), bilgi işlem (1,026) ve güvenlik (314) alanları olduğu görülmektedir. DKK yöntemiyle en fazla personelin M. Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (570), en az personelin ise Halfeti İlçe Devlet Hastanesi'nde (14) çalıştığı görülmektedir. Kadrolu çalışanlar ile oranlarına baktığımızda en fazla DKK yöntemiyle personel çalıştıran hastanenin Şanlıurfa Ağız ve Diş Hastanesi (1,02), en az ise Halfeti İlçe Devlet Hastanesi'nde (0,30) olduğu görülmektedir. DKK yöntemiyle çalışan personelin (2,640), kadrolu çalışanlara (3,724) oranı ise (0,71) olarak tespit edilmiştir.

5.3. Veri Analizi

Araştırmamız ilişkisel betimleme modelinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni sürekli değişkene dönüştürülen 'hastanelerde dış kaynak kullanımı yoluyla istihdam edilen personelin performanslarına yönelik yönetici görüşü'dür. Yöneticilerin görüşleri likert türü bir ölçekle değerlendirildiğinden her bir alt alan için ve ölçeğin tamamı için toplam puan hesaplanmıştır. Kullanılacak testlere karar verebilmek amacıyla hesaplanan puanların normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov – Smirnov Testi kullanılarak test edilmiştir. Değerlendirme sonucunda verilerin normal dağılıma uyduğu saptanmış olup, analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Araştırmada kullanılan bağımsız değişkenler, "yaş", "cinsiyet", "eğitim", "meslek", "hastanedeki yöneticilik görevi", "hastanedeki

yöneticilik deneyimi süresi” ve “toplam yöneticilik süresi” olmak üzere yedi değişkenden oluşmuştur. Yöneticilerin yaş değişkeni gruplaması; “18 – 30 yaş”, “31 – 35 yaş”, “36 – 40 yaş” ve “41 yaş ve üzeri”dir. Hastanedeki yöneticilerin eğitim durumuna göre sınıflandırılması; “1 – Pratisyen / uzman hekim ve diş hekim”, “2 – yüksek lisans ve doktora mezunu”, “3 – Lisans”, “4 – Önlisans” ve “5 – lise” mezunu şeklinde yapılmıştır. Hastanedeki yöneticilerin kurumdaki pozisyonlarına göre sınıflandırılması “1 – Başhekim ve başhekim yardımcısı”, “2 – Hastane müdür ve müdür yardımcıları”, “3 – Servis sorumlusu (yoğun bakım sorumlusu, acil sorumlusu ve ameliyathane sorumluları dahil)”, “4 – Laboratuvar ve idari birim sorumlusu (radyoloji sorumlusu, biyokimya sorumlusu, kalite sorumlusu, teknik birim sorumlusu, mutfak sorumlusu, arşiv sorumlusu, enfeksiyon kontrol sorumluları dahil)” şeklinde yapılmıştır. Yöneticilerin halen çalıştıkları hastanede yöneticilik süreleri değişkenin dağılımı dikkate alınarak 3 grupta incelenmiştir. Bunlar; “1) 4 yıl ve daha kısa”, “2) 5 – 10 yıl arası”, “3) 11 yıl ve üzeridir.” Yöneticilerin yaşam boyu yöneticilik deneyimleri de benzer şekilde 3 grup haline getirilmiştir.

Araştırmada kullanılan bağımlı değişkenler, “iletişim becerileri”, “planlama ve organize etme becerileri”, “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği”, “kurumsal bilgi”, “motivasyon”, “iş disiplini ve etiği”, “hasta / yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” ve “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” olma üzere sekiz değişkenden oluşmuştur.

Değerlendirme ölçeğindeki ortalamaların doğru değerlendirilebilmesi için $(5-1)/5 = 0,8$ olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplama göre:

1,00 – 1,79 “Kesinlikle Katılmıyorum”,

1,80 – 2,59 “Katılmıyorum”,

2,60 – 3,39 “Kararsızım”,

3,40 – 4,19 “Katılıyorum”,

4,20 – 5,00 “Kesinlikle Katılıyorum” olarak değerlendirilecektir.

Veri girişi ve analizler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Veri girişi yapıldıktan sonra, veri kontrolü amacıyla beklenen ve gözlenen değerler karşılaştırılmış, hatalı veri girişleri düzeltilmiştir. Veri kontrolü sonrasında değişkenlerin sıklık dağılımına bakılarak, sınıflandırma yapılmıştır. Analizlerde; iki grup ortalaması arasındaki farkı test etmede t – testi, üç ve daha fazla grup ortalaması arasındaki farkı test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ortalamalar arasındaki farkın önemli olduğu durumda, hangi grubun farklı olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma yöntemlerinden “Tukey Testi” kullanılmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde; yöneticilerin sosyo – demografik özellikleri, yöneticilerin dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkındaki görüşleri ve değişkenler arasındaki ilişkiler yer almaktadır.

6.1. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirliliklerine İlişkin Bilgiler

Bir ölçeğin güvenilirliğinin ölçülmesinde içsel tutarlılık analizinden faydalanılır ve bu analizde Cronbach's Alpha katsayısı kullanılır. Bu değer 0-1 arasında yer alır ve kabul edilebilir değer en az 0,7 olması istenir.

Bir ölçekteki maddelere faktör analizi uygulamanın gerekip gerekmediğine (yani maddelerin birbirini destekleyerek bir veya daha fazla boyut olarak gruplandırılabilmesine) karar verilirken Bartlett testi yapılır. Bartlett testi sonucunda p değeri % 5'in altında çıkarsa ölçekteki maddelerin birbiri ile tutarlı olduğu ve dolayısıyla faktör analizi uygulanması gerektiğine karar verilir. Ölçeğin faktör analiz için örneklem çapının yeterli olup olmadığını belirlemek için "KMO (Kaiser – Meyer – Olkin)" katsayısı hesaplanır. Bu katsayı 0,50'den büyük ise örneklem çapının yeterli olduğuna karar verilir. Çizelge 6.3 incelendiğinde ölçekteki her bir maddenin ilgili boyut üzerindeki yük değerleri ve Cronbach's Alpha katsayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır (Gorsuch, 1974; Lee ve Conrey, 1979). Sosyal bilimlerde yapılan analizlerde varyans açıklama oranının % 40 ile % 60 arasında değişen varyans

oranları yeterli kabul edilmektedir (Scherer, Wieb, Luther ve Adams,1988).

Yapısal Eşitlik Modeli (Doğrulayıcı Faktör Analizi)

“Yapısal Eşitlik Modeli”, önceden belirlenmiş bir ilişkiyi test etmek ve gözlenen değişkenlerin örtük (Faktör boyutu) değişken üzerindeki etkilerini tahmin etmek için kullanılan çok değişkenli istatistiksel yöntemdir. Yapısal Eşitlik Modeli'nin uyumluluğunu gösteren ölçütlerden en yaygın kullanılanı χ^2 / sd (model için hesaplanan Ki - kare değerinin serbestlik derecesine oranı) ve RMSEA değerleridir

CMIN değerinin 0 ile 3 arasında olması, RMSEA değerinin ise 0 ile 0,10 arasında olması uyum için kabul edilebilir sınırlardır (Scherelleh – Engel ve diğerleri, 2003). Bu çalışmada χ^2 / sd değeri 2,279 ve RMSEA değeri 0,072 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar ölçeğin sekiz boyutlu bir ölçek olarak geçerli olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızın bulguları aşağıdaki çizelgede verilmiş ve yorumlanmıştır.

Çizelge 6.1. Motivasyon boyutu üzerine yapılan faktör analizi için test istatistiği ve açıklayıcı istatistikler

Açıklanan varyans (%)	63,127
Cronbach's Alpha	0,882
KMO	0,868
Bartlett's Test	1485,711 (p=0,000)

Çizelge 6.2. Motivasyon boyutu üzerine yapılan faktör analizinin faktör yükleri

Sıra no	Motivasyon Alt Boyutuna Ait Sorular	1	2	3
23	Hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar	,747	-,016	-,201
24	Görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır.	,760	,028	-,224
25	Hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır.	,742	-,079	-,200
26	Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar	,823	,083	-,167
27	Eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir.	,697	,367	-,036
28	Aldıkları ücret, hastanede aynı veya benzer işi yapan kadrolu personelle aynı olduğundan motivasyonları yüksektir.	,581	,596	,066
29	Aldıkları ücret, piyasa koşullarına uygun olduğundan performanslarını olumlu yönde etkilemektedir	,480	,693	,145
30	Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.	,623	,290	,227
31	Mesai bitiminde, maddi beklenti olmadan, işlerini bitirip öyle giderler.	- ,026	,106	,683
32	İşlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar	,686	,005	,158
33	Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler.	,676	-,051	,455
34	Amirleri tarafından takdir edilmeleri, maddi ödül verilmesi çalışma isteklerini olumlu etkiler	,613	-,370	,464
35	İşlerini yapmaları için gerekli araç ve gereçlerin olması daha istekli çalışmalarını sağlar.	,671	-,396	,346

Motivasyon boyutuna ait 13 maddenin tek boyutta toplanıp toplanmadığını incelemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmış, bulgular Çizelge 6.1. ve Çizelge 6.2’de verilmiştir. Yapılan analize göre motivasyon maddeleri üç farklı boyutta toplanmaktadır.

Araştırmamızda kullanılan ölçekte belirtilen sekiz alt boyut için yapılan faktör analizi bulguları Çizelge 6.3’de verilmiştir.

Çizelge 6.3. Ölçekteki Boyutlar İçin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

	1. İletişim becerileri	Faktör yükleri	
1	Olayları ve düşüncelerini doğru kelimelerle, yazılı ve sözlü olarak, anlaşılır bir şekilde aktarma becerileri vardır.	,835	Açıklanan varyans (%) 70,657
2	Hastanedeki yazılı ve sözlü iletişim kurallarına uyarlar	,883	Cronbach's Alpha ,856
3	Yöneticilerle ve iş arkadaşları ile sağlıklı iletişim kurarlar	,863	KMO ,814
4	Eleştiriye açıktırlar.	,778	Bartlett's Test 452,071 (p=0,000)
	2. Planlama ve organize etme		Açıklanan varyans (%) 73,009
5	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda yardımcı olurlar	,826	Cronbach's Alpha ,908
6	Kendilerine verilen iş/görev ile ilgili öncelikleri belirleyebilirler	,846	
7	Zamanı ve kaynakları etkin olarak kullanabilirler	,873	KMO ,886
8	Takım çalışması gerektiren işlerde arkadaşları ile etkin olarak çalışırlar	,857	
9	Kendine düşen görevleri zamanında ve eksiksiz yaparlar	,869	Bartlett's Test 755,237 (p=0,000)
	3. Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği		Açıklanan varyans (%) 70,196
10	Hastanede görevleri ile ilgili karşılaştıkları problemleri kavrarlar, analiz ederler ve problemleri zamanında çözebilirler	,854	
11	Görevlerini sorumluluk duygusu içerisinde gerçekleştirirler	,847	Cronbach's Alpha ,953
12	Görevlerinin gerektirdiği bilgi ve beceriye sahiptirler	,852	
13	Yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilirler	,856	KMO ,951
14	Düzenli çalışma alışkanlığına sahiptirler.	,809	Bartlett's Test 2041,886 (p=0,000)
15	Hizmet içi eğitimlerine katılırlar ve eğitimde öğrendikleri bilgi ve becerileri işlerine uygulayabilirler.	,850	
16	Kendini geliştirmeye açıktırlar	,840	
17	Görevleri ile ilgili hazırlanan rapor ve dokümanları uygulayabilirler	,829	
18	İşlerini yapmada İş akışını aksatmazlar.	,859	

19	Kurum içindeki davranışları ve kıyafetlerine dikkat ederler.	,778		
	4. Kurumsal bilgi		Açıklanan varyans (%)	81,028
20	Hastanemizin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilirler.	,921	Cronbach's Alpha	,882
21	Hastanemizin kurum kültürünü benimsemişlerdir.	,910	KMO	,729
22	Bireysel gelişim açısından Kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip ederler ve bunları kurumda yaptığı işe adapte ederler	,869	Bartlett's Test	410,035 (p=0,000)
	5. Motivasyon	Faktör yükleri	Açıklanan varyans (%)	54,307
23	Hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar	,766		
24	Görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır.	,768	Cronbach's Alpha	,878
25	Hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır.	,723	KMO	,871
26	Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar	,847	Bartlett's Test	870,432 (p=0,000)
27	Eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir.	,722		
30	Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.	,658		
32	İşlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar	,713		
33	Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler.	,681		
	6. İş disiplini ve etiği			
36	Mesai saatlerine dikkat ederler ve işe devamsızlık yapmazlar.	,814	Açıklanan varyans (%)	63,060
37	Nöbet teslim alma – verme talimatlarına uygun çalışırlar	,817		
38	Hastanenin belirlemiş olduğu disiplin kurallarına uyarlar.	,853	Cronbach's Alpha	,933
39	İş ve meslek etiğine sahiptirler	,816		
40	Ekip çalışmasına yatkınlar	,825		
41	İş ortamı içinde çalışanların huzurunu bozacak davranışlarda bulunmazlar	,778	KMO	,926
42	Fazla mesai yapılması gereken durumlarda, istekle çalışırlar.	,643	Bartlett's Test	1749,346 (p=0,000)
43	Hastanenin demirbaşlarını, sarf malzemeleri ile diğer cihaz ve aletlerini etkin ve verimli kullanırlar.	,808		

44	Ast ve üst iletişimine, hiyerarşik yapıya ve emir komuta birliğine uygun davranırlar.	,784		
45	Hastanedeki hijyen kurallarına uyarlar.	,786		
	7. Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler		Açıklanan varyans (%)	73,061
46	Hastalara ve hastane çalışanlarına karşı, iş ciddiyetiyle (profesyonel) ve güler yüzle yaklaşırlar	,856	Cronbach's Alpha	,926
47	Hastaların ve hastane çalışanlarının karşılaştıkları problemleri, ilgili bölümlere birimlere iletebilirler.	,806		
48	Hasta mahremiyetine özen gösterirler.	,870	KMO	,898
49	Hastalar ve hasta yakınları ile doğru iletişim kurmaya dikkat ederler	,898		
50	Tüm hastalara eşit davranırlar ve saygı gösterirler	,846		
51	Hasta ve hasta yakınlarına hastane içinde gerekli yönlendirmeleri yaparak, doğru bilgi verirler	,850	Bartlett's Test	1079,213 (p=0,000)
	8. İş kalitesi ve hedeflere ulaşma		Açıklanan varyans (%)	80,598
52	Ayrıntılarda boğulmadan ve ayrıntıları atlamadan, işi gerektiği şekilde sonuçlandırır	,886	Cronbach's Alpha	,879
53	İşle ilgili gerekli raporlamaları ve kayıtları muntazaman tutarak, gerekli şekilde üstlerini ve astlarını bilgilendirirler	,918	KMO	,734
54	Yaptıkları işle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri bildirirler	,889	Bartlett's Test	391,009 (p=0,000)

Çizelge 6.3'de görüldüğü gibi yapılan faktör analizine göre bütün maddelerin ait oldukları boyut içinde yüksek faktör yüklerine sahip olarak yer almaları ve diğer bulguların (varyans açıklama yüzdesi, güvenilirlik kastyası, Bartlett's testi ve KMO katsayı) sosyal bilimler için istenen düzeyde çıkması ölçeğin gerekli olan güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Çizelge 6.3 incelendiğinde farklı alt boyutların ortaya çıkmasında 28, 29, 31, 34 ve 35 numaralı ifadelerin etkili olduğu

görülmüştür. Bu bulguya dayanarak ölçekten motivasyon alt boyutundan 28, 29, 31, 34 ve 35 numaralı maddeler çıkarılmıştır. Ölçeğin diğer alt boyutundaki ifadeler Çizelge 6.3’de verildiği gibi ait oldukları tek boyutta toplanmaktadır.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre iletişim becerileri boyutu maddelerinin, iletişim becerileri boyutuna etkileri Çizelge 6.4’de verilmiştir.

Çizelge 6.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre İletişim Becerileri Boyutu Maddelerinin İletişim Becerileri Boyutuna Etkileri

Sıra No	1. İletişim Becerileri	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
1	Olayları ve düşüncelerini doğru kelimelerle, yazılı ve sözlü olarak, anlaşılır bir şekilde aktarma becerileri vardır.	1				0,815
2	Hastanedeki yazılı ve sözlü iletişim kurallarına uyarlar	0,947	0,062	15,364	***	0,839
3	Yöneticilerle ve iş arkadaşları ile sağlıklı iletişim kurarlar	0,9	0,063	14,299	***	0,798
4	Eleştiriye açıktırlar.	0,89	0,079	11,303	***	0,668

Çizelge 6.4 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. İletişim becerileri boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en yüksek) olan maddenin 1. İfadedeki “Olayları ve düşüncelerini doğru kelimelerle, yazılı ve sözlü olarak, anlaşılır bir şekilde aktarma becerileri vardır.”; en az etkili maddenin ise 4. İfadedeki “Eleştiriye açıktırlar.” İfadesi olduğu görülmektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre planlama ve organize etme becerileri boyutu maddelerinin, planlama ve organize etme becerileri boyutuna etkileri Tablo 6.5’te verilmiştir.

Çizelge 6.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Planlama ve Organize Etme Becerileri Boyutu Maddelerinin, Planlama ve Organize Etme Becerileri Boyutuna Etkileri

Sıra No	2. Planlama ve Organize Etme Becerileri	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
5	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda yardımcı olurlar	1				0,790
6	Kendilerine verilen iş/görev ile ilgili öncelikleri belirleyebilirler	1,062	0,073	14,59	***	0,820
7	Zamanı ve kaynakları etkin olarak kullanabilirler	1,071	0,073	14,766	***	0,827
8	Takım çalışması gerektiren işlerde arkadaşları ile etkin olarak çalışırlar	1,025	0,071	14,389	***	0,812
9	Kendine düşen görevleri zamanında ve eksiksiz yaparlar	1,074	0,073	14,671	***	0,823

Çizelge 6.5 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Planlama ve organize etme becerileri boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en yüksek) olan maddenin 7. İfadedeki “Zamanı ve kaynakları etkin olarak kullanabilirler” ifadesi; en az etkili maddenin ise 5. ifadedeki “İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda yardımcı olurlar” ifadesi olduğu görülmektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre mesleki iş bilgisi ve yeterliliği boyutu maddelerinin, mesleki iş bilgisi ve yeterliliği boyutuna etkileri Tablo 6.6’da verilmiştir.

Çizelge 6.6. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği Boyutu Maddelerinin, Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği Boyutuna Etkileri

Sıra No	3. Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
10	Hastanede görevleri ile ilgili karşılaştıkları problemleri kavrarlar, analiz ederler ve problemleri zamanında çözebilirler	1				0,839
11	Görevlerini sorumluluk duygusu içerisinde gerçekleştirirler	0,968	0,058	16,695	***	0,840
12	Görevlerinin gerektirdiği bilgi ve beceriye sahiptirler	0,934	0,058	16,128	***	0,822
13	Yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilirler	0,919	0,056	16,487	***	0,833
14	Düzenli çalışma alışkanlığına sahiptirler.	0,856	0,057	15,043	***	0,787
15	Hizmet içi eğitimlerine katılırlar ve eğitimde öğrendikleri bilgi ve becerileri işlerine uygulayabilirler.	0,978	0,06	16,344	***	0,829
16	Kendini geliştirmeye açıktırlar	1,015	0,064	15,855	***	0,814
17	Görevleri ile ilgili hazırlanan rapor ve dokümanları uygulayabilirler	0,917	0,058	15,819	***	0,813
18	İşlerini yapmada İş akışını aksatmazlar.	0,968	0,058	16,747	***	0,841
19	Kurum içindeki davranışları ve kıyak – kıyafetlerine dikkat ederler.	0,841	0,059	14,301	***	0,761

Çizelge 6.6 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en

yüksek) olan maddenin 18. İfadedeki “İşlerini yapmada İş akışını aksatmazlar.” İfadesi; en az etkili maddenin ise 19. İfadedeki “Kurum içindeki davranışları ve kılık – kıyafetlerine dikkat ederler.” ifade olduğu görülmektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre kurumsal bilgi boyutu maddelerinin kurumsal bilgi boyutuna etkileri Tablo 6.7’de verilmiştir.

Çizelge 6.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Kurumsal Bilgi Boyutu Maddelerinin, Kurumsal Bilgi Boyutuna Etkileri

Sıra No	4. Kurumsal bilgi	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
20	Hastanemizin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilirler.	1,025	0,063	16,171	***	0,867
21	Hastanemizin kurum kültürünü benimsemişlerdir.	0,961	0,061	15,852	***	0,855
22	Bireysel gelişim açısından Kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip ederler ve bunları kurumda yaptığı işe adapte ederler	1				0,824

Çizelge 6.7 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Kurumsal bilgi boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en yüksek) olan maddenin 20. İfadedeki “Hastanemizin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilirler.” İfadesi; en az etkili maddenin ise 22. İfadedeki “Bireysel gelişim açısından Kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip ederler ve bunları kurumda yaptığı işe adapte ederler” ifade olduğu görülmektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre motivasyon boyutu maddelerinin motivasyon boyutuna etkileri Çizelge 6.8’de verilmiştir.

Çizelge 6.8. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Motivasyon Boyutu Maddelerinin, Motivasyon Boyutuna Etkileri

Sıra No	5. Motivasyon	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
23	Hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar	1				0,745
24	Görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır.	1,082	0,097	11,109	***	0,719
25	Hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır.	0,983	0,097	10,125	***	0,66
26	Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar	1,134	0,087	12,983	***	0,833
27	Eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir.	0,949	0,099	9,634	***	0,629
30	Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.	0,827	0,093	8,88	***	0,583
32	İşlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar	0,885	0,081	10,923	***	0,708
33	Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler.	0,762	0,079	9,693	***	0,633

Çizelge 6.8 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Motivasyon boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en yüksek) olan maddenin 26. İfadedeki “Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar” İfadesi; en az etkili maddenin ise

30. İfadedeki “Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.” ifade olduğu görülmektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre iş disiplini ve etiği boyutu maddelerinin iş disiplini ve etiği boyutuna etkileri Çizelge 6.9’da verilmiştir.

Çizelge 6.9. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre İş Disiplini ve Etiği Boyutu Maddelerinin, İş Disiplini ve Etiği Boyutuna Etkileri

Sıra No	İş disiplini ve etiği	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
36	Mesai saatlerine dikkat ederler ve işe devamsızlık yapmazlar.	1				0,792
37	Nöbet teslim alma – verme talimatlarına uygun çalışırlar	1,001	0,072	13,863	***	0,791
38	Hastanenin belirlemiş olduğu disiplin kurallarına uyarlar.	1,045	0,071	14,816	***	0,831
39	İş ve meslek etiğine sahiptirler	1,062	0,075	14,226	***	0,807
40	Ekip çalışmasına yatkınlar	1,023	0,071	14,377	***	0,813
41	İş ortamı içinde çalışanların huzurunu bozacak davranışlarda bulunmazlar	0,932	0,073	12,792	***	0,744
42	Fazla mesai yapılması gereken durumlarda, istekle çalışırlar.	0,876	0,089	9,813	***	0,598
43	Hastanenin demirbaşlarını, sarf malzemeleri ile diğer cihaz ve aletlerini etkin ve verimli kullanırlar.	1,03	0,077	13,452	***	0,773
44	Ast ve üst iletişimine, hiyerarşik yapıya ve emir komuta birliğine uygun davranırlar.	0,974	0,075	12,939	***	0,750
45	Hastanedeki hijyen kurallarına uyarlar.	1,002	0,075	13,355	***	0,769

Çizelge 6.9 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. İş

disiplini ve etiği boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en yüksek) olan maddenin 38. İfadedeki “Hastanenin belirlemiş olduğu disiplin kurallarına uyarlar.” İfadesi; en az etkili maddenin ise 42. İfadedeki “Fazla mesai yapılması gereken durumlarda, istekle çalışırlar.” ifade olduğu görülmektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre dış ilişkiler ve hasta odaklılık boyutu maddelerinin dış ilişkiler ve hasta odaklılık boyutuna etkileri Çizelge 6.10’da verilmiştir.

Çizelge 6.10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Hasta/Yakınları ve Diğer Çalışanlarla İlişkiler Boyutu Maddelerinin, İlişkiler ve Hasta Odaklılık Boyutu Boyutuna Etkileri

Sıra No	7. Hasta/Yakınları Ve Diğer Çalışanlarla İlişkiler	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
46	Hastalara ve hastane çalışanlarına karşı, iş ciddiyetiyle (profesyonel) ve güler yüze yaklaşılır	1				0,836
47	Hastaların ve hastane çalışanlarının karşılaştıkları problemleri, ilgili bölümlere birimlere iletebilirler.	0,793	0,059	13,544	***	0,744
48	Hasta mahremiyetine özen gösterirler.	0,907	0,056	16,225	***	0,837
49	Hastalar ve hasta yakınları ile doğru iletişim kurmaya dikkat ederler	0,975	0,055	17,739	***	0,883
50	Tüm hastalara eşit davranırlar ve saygı gösterirler	0,928	0,06	15,456	***	0,812
51	Hasta ve hasta yakınlarına hastane içinde gerekli yönlendirmeleri yaparak, doğru bilgi verirler	0,886	0,056	15,681	***	0,82

Çizelge 6.10 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Dış ilişkiler ve hasta odaklılık boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en yüksek) olan maddenin 49. İfadedeki “Hastalar ve hasta yakınları ile doğru iletişim kurmaya dikkat ederler” İfadesi; en az etkili maddenin ise 47. İfadedeki “Hastaların ve hastane çalışanlarının karşılaştıkları problemleri, ilgili bölümlere birimlere iletebilirler.” ifade olduğu görülmektedir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizine göre iş kalitesi ve hedeflere ulaşma boyutu maddelerinin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma boyutuna etkileri Çizelge 6.11’de verilmiştir.

Çizelge 6.11. Doğrulayıcı faktör analizi modeline göre iş kalitesi ve hedeflere ulaşma boyutu maddelerinin, iş kalitesi ve hedeflere ulaşma boyutuna etkileri

	8. İş kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
52	Ayrıntılarda boğulmadan ve ayrıntıları atlamadan, işi gerektiği şekilde sonuçlandırır	1				0,843
53	İşle ilgili gerekli raporlamaları ve kayıtları muntazaman tutarak, gerekli şekilde üstlerini ve astlarını bilgilendirirler	1,131	0,064	17,575	***	0,883
54	Yaptıkları işle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri bildirirler	1,018	0,068	15,001	***	0,799

Çizelge 6.11 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. İş kalitesi ve hedeflere ulaşma boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en

yüksek) olan maddenin 53. İfadedeki “İşle ilgili gerekli raporlamaları ve kayıtları muntazaman tutarak, gerekli şekilde üstlerini ve astlarını bilgilendirirler” İfadesi; en az etkili maddenin ise 54. İfadedeki “Yaptıkları işle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri bildirirler.” ifade olduğu görülmektedir.

Doğrulayıcı faktör analizine göre boyutlar arasındaki korelasyon katsayıları Çizelge 6.12’de verilmiştir.

Çizelge 6.12. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Ölçekte Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		İletişim Becerileri	Planlama ve Organize Etme	Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Motivasyon	İş Disiplini ve Etiği	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma
İletişim beceriler	Kovaryans	0,698	0,7	0,602	0,489	0,515	0,539	0,507
	Korelasyon	0,965	0,862	0,721	0,631	0,721	0,739	0,752
Planlama ve organize etme	Kovaryans		0,668	0,565	0,445	0,506	0,509	0,489
	Korelasyon		0,923	0,759	0,644	0,796	0,782	0,814
Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği	Kovaryans			0,733	0,503	0,578	0,551	0,517
	Korelasyon			0,877	0,648	0,809	0,755	0,766
Kurumsal bilgi	Kovaryans				0,524	0,540	0,544	0,535
	Korelasyon				0,657	0,735	0,725	0,771
Motivasyon	Kovaryans					0,486	0,484	0,461
	Korelasyon					0,713	0,694	0,716
İş disiplini ve etiği	Kovaryans						0,541	0,501
	Korelasyon						0,843	0,845
İş kalitesi ve hedeflere ulaşma	Kovaryans							0,539
	Korelasyon							0,889

Çizelge 6.12 incelendiğinde elde edilen bulgulara göre boyutlar arasındaki bütün korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olduğu görülmektedir. Korelasyon katsayılarına göre en yüksek ilişki; ‘iletişim becerileri’ boyutuyla ‘planlama ve organize etme’ boyutu arasında, en düşük ilişki ‘iletişim becerileri’ boyutuyla ‘motivasyon’ boyutu arasında gerçekleşmiştir.

Çizelge 6.12 incelendiğinde “iletişim becerileri” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı = 0,631 – 0,965) yüksek olduğu görülmektedir. Yani “iletişim becerileri” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

“Planlama ve organize etme becerileri” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı = 0,644 – 0,923) yüksek olduğu görülmektedir. Yani “Planlama ve organize etme becerileri” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

“Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı=0,648 – 0,877) yüksek olduğu görülmektedir. Yani “Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

“Kurumsal bilgi” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı = 0,657 – 0,771) yüksek olduğu görülmektedir. Yani “Kurumsal bilgi” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

“Motivasyon” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı = 0,694 – 0,716) yüksek olduğu görülmektedir. Yani

“Motivasyon” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

“İş Disiplini ve etiği” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı = 0,713 – 0,845) yüksek olduğu görülmektedir. Yani “İş Disiplini ve etiği” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

“Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı = 0,694– 0,843) yüksek olduğu görülmektedir. Yani “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

“İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma” grubu ile diğer gruplar arasındaki ilişkinin (r aralığı = 0,716 – 0,889) yüksek olduğu görülmektedir. Yani “İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma” grubundaki gelişmeler, diğer yedi alt boyuttaki grupları önemli ölçüde pozitif olarak etkilemektedir.

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin sosyo – demografik özellikleri Çizelge 6.13’te verilmiş ve yorumlanmıştır.

Çizelge 6.13. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Sosyo – Demografik Özellikleri

		Toplam	
		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	123	50,20
	Erkek	122	49,80
	Toplam	245	100,00
Yaş Grupları	18 – 30 yaş	69	28,16
	31 – 35 yaş	73	29,79
	36 – 40 yaş	65	26,53
	41 yaş ve üzeri	38	15,52
	Toplam	245	100,00
Eğitim	Lise	39	15,92
	Önlisans	48	19,59
	Lisans	100	40,81
	Tıp, Uzman Hekim, Diş Hekimi	43	17,55
	Yüksek lisans ve Doktora	15	6,12
	Toplam	245	100,00
Meslek	Hekim	44	17,96
	Hemşire/ebe	116	47,35
	Sağlık Yöneticisi	35	14,29
	Sağlık Teknikeri/ Teknisyeni	25	10,20
	Diğer	25	10,20
	Toplam	245	100,00
Hastanedeki Yöneticilik Görevi	Başhekim ve yardımcısı	27	11,02
	Hastane Müdürü ve yardımcısı	39	15,91
	Servis Sorumlusu	100	40,82
	Diğer	79	32,25
	Toplam	245	100,00
Hastanedeki Yöneticilik Deneyiminiz	0 – 4 yıl	168	68,57
	5 – 10 yıl	56	22,86
	11 yıl ve Üzeri	21	8,57
	Toplam	245	100,00
Toplam Yöneticilik Deneyiminiz	0 – 4 yıl	148	60,41
	5 – 10 yıl	68	27,76
	11 yıl ve Üzeri	29	11,83
	Toplam	245	100,00

Çizelge 6.13'te izlendiği gibi, araştırmaya katılan yöneticilerin % 50,2'si kadın, % 49,8'i erkektir ($p > 0.05$). Bu belirleme çerçevesinde, araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında kadın hastane yöneticilerinin sayısının erkek hastane yöneticilerinin sayısından az da olsa fazla olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan yöneticilerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; % 28,16'sı 18 – 30 yaş grubunda; % 29,79'u 31 – 35 yaş grubunda; % 26,53'ü 36 – 40 yaş grubunda ve % 15,52'si 41 yaş ve üzeri grubunda yer aldığı görülmektedir. Yaş açısından 18 – 30 yaş, 31 – 35 yaş ile 36 – 40 yaş gruplarının birbirine yakın değerlere sahip olmalarına rağmen, 36 – 40 yaş grubunun diğer üç gruba göre daha düşük sayıdadır. Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında, hastane yöneticilerinin en fazla 31 – 35 yaş grubunda yer aldıkları ve bu yaş grubunu da 18 – 30 yaş arası grupta yer alan hastane yöneticilerinin izlediği görülmektedir.

Çalışmaya katılan yöneticiler eğitim açısından incelendiğinde; çalışmaya katılanların % 15,92'si lise, % 19,59'u önlisans, % 40,81'i lisans, % 17,55'i tıp, uzman hekim ve diş hekimi, % 6,12'si yüksek lisans ve doktora grubunda yer almaktadır. En yüksek eğitim değeri lisans seviyesindedir. En düşük sayıdaki eğitim grubu ise yüksek lisans ve doktora grubudur. Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında, hastane yöneticilerinin büyük oranda lisans düzeyinde eğitime sahip sağlık profesyonellerinden istihdam edildikleri ve bu eğitim düzeyini de önlisans düzeyinde eğitim seviyesine sahip olan hastane

yöneticilerinin izledikleri görülmektedir. Bu yönüyle de, hastane yöneticilerinin alan düzeyinde en az lisans mezunu bireylerden atanmasına özen gösterilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan yöneticiler meslek açısından incelendiğinde; % 17,96'sı hekim, % 47,35'i hemşire / ebe, % 14,29'u işletmeci ve sağlık yöneticisi, % 10,20'si sağlık teknikeri / teknisyeni ve % 10,20'si diğer meslek grubunda oldukları görülmektedir. Meslek açısından çalışmada en çok hemşire / ebe grubu yer almaktadır. Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında, hastane yöneticilerinin en fazla hemşire / ebe meslek grubunda yer alan sağlık profesyonellerinden istihdam edildikleri görülmektedir. Bu meslek grubunda yer alan bireylerin de sağlık profesyoneli olmak bakımından hastane yöneticiliği konusunda bilgi ve deneyim sahibi oldukları söylenebilmekle birlikte, bugün için gerek ülkemizde ve gerekse de dünya genelinde hastane yöneticilerinin bu alanda eğitim almış bireylerden seçilmesinin çok daha yaygın bir uygulama olması söz konusudur.

Araştırmanın yapıldığı tarih itibariyle araştırma yapılan hastanedeki yöneticilerin hastanedeki yöneticilik görevleri açısından incelendiğinde; % 11,02'si başhekim ve başhekim yardımcısı, % 15,91'i hastane müdür ve hastane müdür yardımcısı, % 40,82'si servis sorumlusu ve % 32,25'i diğer grubunda yer aldığı görülmektedir. Yöneticilik görevleri açısından en fazla servis sorumluları çalışmaya katılmıştır. Bunun en önemli nedeni yataklı servisler ile birlikte acil polikliniği, yoğun bakım ve ameliyathane sorumlularının bu gruba dâhil edilmesi gösterilebilir. Ayrıca hastanelerde genelde servis

sayılarının çok olması sebebiyle bu gruba yönelik yüksek sayıda anket uygulanmasını olanaklı kılmıştır.

Araştırmaya katılan yöneticiler hastanedeki yöneticilik süreleri açısından incelendiğinde; ankete katılan yöneticilerin % 68,57'si 0 – 4 yıl, % 22,86'sı 5 – 10 yıl, % 5,57'si ise 11 yıl ve üzeri grubunda oldukları tespit edilmiştir. Hastanedeki yöneticilik deneyimleri bakımından, yöneticilerin büyük çoğunlunun 0 – 4 yıl grubunda yer almıştır. Bunun en önemli nedeni olarak, kamu hastaneleri tarafından hastanelerdeki yöneticilerle iki yıllık sözleşme imzalanması ve bu sürenin sonunda performansları yeterli bulunmayan yöneticilerin yerlerine yenilerinin atanması gösterilebilir.

Araştırmaya katılan yöneticiler toplam yöneticilik süreleri açısından incelendiğinde; ankete katılan yöneticilerin % 60,41'i 0 – 4 yıl, % 27,76'sı 5 – 10 yıl, % 11,83'ü ise 11 yıl ve üzeri grubunda oldukları tespit edilmiştir. Toplam yöneticilik deneyimleri bakımından 0 – 4 yıl grubu yüksek bir oranda ilk sırada yer almaktadır. Bu belirleme çerçevesinde, araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin yöneticilik konusunda çok fazla deneyime sahip olmadıkları söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında hastane yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistikler Çizelge 6.14'te verilmiştir.

Çizelge 6.14. DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Hastane Yönetici Görüşlerini Tanımlayıcı Değerler

No	1. İletişim Becerileri	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
1	Olayları ve düşüncelerini doğru kelimelerle, yazılı ve sözlü olarak, anlaşılır bir şekilde aktarma becerileri vardır.	245	3,35	1,108
2	Hastanedeki yazılı ve sözlü iletişim kurallarına uyarlar	245	3,58	1,007
3	Yöneticilerle ve iş arkadaşları ile sağlıklı iletişim kurarlar	245	3,59	1,019
4	Eleştiriye açıktırlar.	245	3,29	1,203
	Toplam	245	3,45	0,911
	2. Planlama ve Organize Etme Becerileri			
5	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda yardımcı olurlar	245	3,54	1,018
6	Kendilerine verilen iş/görev ile ilgili öncelikleri belirleyebilirler	245	3,47	1,042
7	Zamanı ve kaynakları etkin olarak kullanabilirler	245	3,45	1,041
8	Takım çalışması gerektiren işlerde arkadaşları ile etkin olarak çalışırlar	245	3,73	1,016
9	Kendine düşen görevleri zamanında ve eksiksiz yaparlar	245	3,46	1,050
	Toplam	245	3,53	0,883
	3. Mesleki İş Bilgisi Ve Yeterliliği			
10	Hastanede görevleri ile ilgili karşılaştıkları problemleri kavrarlar, analiz ederler ve problemleri zamanında çözebilirler	245	3,37	1,077
11	Görevlerini sorumluluk duygusu içerisinde gerçekleştirirler	245	3,45	1,042
12	Görevlerinin gerektirdiği bilgi ve beceriye sahiptirler	245	3,47	1,026

Çizelge 6.14. (devam). DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Hastane Yönetici Görüşlerini Tanımlayıcı Değerler

No	3. Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
13	Yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilirler	245	3,38	0,996
14	Düzenli çalışma alışkanlığına sahiptirler.	245	3,51	0,982
15	Hizmet içi eğitimlerine katılırlar ve eğitimde öğrendikleri bilgi ve becerileri işlerine uygulayabilirler.	245	3,52	1,066
16	Kendini geliştirmeye açıktırlar	245	3,35	1,127
17	Görevleri ile ilgili hazırlanan rapor ve dokümanları uygulayabilirler	245	3,51	1,019
18	İşlerini yapmada İş akışını aksatmazlar.	245	3,58	1,039
19	Kurum içindeki davranışları ve kılık – kıyafetlerine dikkat ederler.	245	3,69	0,998
	Toplam	245	3,48	0,869
	4. Kurumsal Bilgi	Sayı		
20	Hastanemizin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilirler.	245	3,36	1,099
21	Hastanemizin kurum kültürünü benimsemişlerdir.	245	3,44	1,045
22	Bireysel gelişim açısından Kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip ederler ve bunları kurumda yaptığı işe adapte ederler	245	3,21	1,128
	Toplam	245	3,34	0,981
	5. Motivasyon	Sayı		
23	Hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar	245	3,05	1,158
24	Görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır.	245	3,02	1,298
25	Hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır.	245	3,27	1,286
26	Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar	245	3,16	1,175
27	Eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir.	245	3,06	1,301
30	Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.	245	3,19	1,225
32	İşlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar	245	3,33	1,079
33	Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissediler.	245	3,49	1,039
	Toplam	245	3,19	0,880
	6. İş Disiplini ve Etiği	Sayı		
36	Mesai saatlerine dikkat ederler ve işe devamsızlık yapmazlar.	245	3,82	1,003
37	Nöbet teslim alma – verme talimatlarına uygun çalışırlar	245	3,79	1,005

Çizelge 6.14. (devam). DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Hastane Yönetici Görüşlerini Tanımlayıcı Değerler

No	6. İş Disiplini ve Etiği	Sayı	Ortalama	Standart Sapma
38	Hastanenin belirlemiş olduğu disiplin kurallarına uyarlar.	245	3,76	0,999
39	İş ve meslek etiğine sahiptirler	245	3,55	1,045
40	Ekip çalışmasına yatkınlar	245	3,65	0,999
41	İş ortamı içinde çalışanların huzurunu bozacak davranışlarda bulunmazlar	245	3,67	0,996
42	Fazla mesai yapılması gereken durumlarda, istekle çalışırlar.	245	3,12	1,164
43	Hastanenin demirbaşlarını, sarf malzemeleri ile diğer cihaz ve aletlerini etkin ve verimli kullanırlar.	245	3,49	1,058
44	Ast ve üst iletişimine, hiyerarşik yapıya ve emir komuta birliğine uygun davranırlar.	245	3,62	1,031
45	Hastanedeki hijyen kurallarına uyarlar.	245	3,51	1,035
	Toplam	245	3,60	0,817
	7. Hasta/Yakınları ve Diğer Çalışanlarla İlişkiler	Sayı		
46	Hastalara ve hastane çalışanlarına karşı, iş ciddiyetiyle (profesyonel) ve güler yüzle yaklaşır	245	3,57	0,971
47	Hastaların ve hastane çalışanlarının karşılaştıkları problemleri, ilgili bölümlere birimlere iletebilirler.	245	3,76	0,866
48	Hasta mahremiyetine özen gösterirler.	245	3,90	0,879
49	Hastalar ve hasta yakınları ile doğru iletişim kurmaya dikkat ederler	245	3,68	0,895
50	Tüm hastalara eşit davranırlar ve saygı gösterirler	245	3,65	0,927
51	Hasta ve hasta yakınlarına hastane içinde gerekli yönlendirmeleri yaparak, doğru bilgi verirler	245	3,82	0,876
	Toplam	245	3,73	0,771
	8. İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	Sayı		
52	Ayrıntılarda boğulmadan ve ayrıntıları atlamadan, işi gerektiği şekilde sonuçlandırır	245	3,54	0,889
53	İşle ilgili gerekli raporlamaları ve kayıtları muntazaman tutarak, gerekli şekilde üstlerini ve astlarını bilgilendirirler	245	3,53	0,960
54	Yaptıkları işle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri bildirirler	245	3,56	0,955
	Toplam	245	3,54	0,839

Çizelge 6.14 incelendiğinde, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için tanımlayıcı istatistiklerde; “iletişim becerileri” alt boyutun ortalamasına bakıldığında (X:3,45) orta düzeyde katılım olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastane yöneticileri, “iletişim becerileri” alt boyutundaki önermelere katıldıklarını belirtmişlerdir. Ancak bu katılımın ortalamasına bakıldığında (X:3.45), katılım düzeyinin yüksek olmadığı görülmektedir. “iletişim becerileri” alt boyutundaki ifadelerin ortalamaları sırasıyla 3,35, 3,58, 3,59 ve 3,29 olarak hesaplanmış ve hastane yöneticilerinin “Olayları ve düşüncelerini doğru kelimelerle, yazılı ve sözlü olarak, anlaşılır bir şekilde aktarma becerileri vardır” ifadesi konusunda kararsız oldukları, diğer ifadelere ise katıldıkları tespit edilmiştir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin olayları ve düşünceleri doğru kelimelerle yazılı ve sözlü olarak ve anlaşılır bir şekilde aktarma becerisine gereği gibi sahip olmadıklarını düşündükleri görülmektedir. Bununla birlikte genel olarak hizmet sektöründe görev yapan tüm personelin iletişim becerilerine sahip olmaları anlamında kendilerini sözlü ve yazılı olarak ve anlaşılır bir şekilde ifade etme gerekliliği söz konusudur ki, sağlık sektörü anlamında değerlendirildiğinde bu gerekliliğin çok daha fazla olması gerektiği söylenebilir. Zira sağlık profesyonelleri hayati önem taşıyan sorumluluklar üstlenmeleri adına, hasta ve/veya hasta yakınları ile diyaloglarında hata yapma şansına sahip olmayan çalışanlardır ve kendisini ifade etme eksikliği içerisinde olan bir sağlık

çalışanı, ölümle dahi sonuçlanabilecek sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecektir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistiklere bakıldığında; “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutun ortalamasına (X:3,53) orta düzeyde katılım olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastane yöneticileri “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutundaki önermelere katıldıklarını belirtmelerine rağmen katılım düzeyinin yüksek olmadığı görülmektedir. “Planlama ve organize etme becerileri” alt boyutundaki ifadelerin ortalamaları sırasıyla 3,54, 3,47, 3,45, 3,73 ve 3,46 olarak hesaplanmış ve hastane yöneticilerinin tüm ifadelere katıldıkları tespit edilmiştir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerilerinde sorun yaşamadıklarını düşündükleri görülmektedir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistiklere bakıldığında; “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutun ortalamasına (X:3,48) orta düzeyde katılım olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastane yöneticileri “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutundaki önermelere katıldıklarını belirtmişlerdir. Fakat katılım düzeyinin yüksek olmadığı görülmektedir. “Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutundaki ifadelerin ortalaması sırasıyla 3,37, 3,45, 3,47, 3,38, 3,51, 3,52, 3,35, 3,51, 3,58 ve 3,69 olarak hesaplanmıştır. Hastane yöneticilerinin “Hastanede görevleri ile ilgili karşılaştıkları

problemleri kavrarlar, analiz ederler ve problemleri zamanında çözebilirler”, “Yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilirler” ve “Kendini geliştirmeye açıktırlar” ifadeleri konusunda kararsız oldukları, diğer ifadelere ise katıldıkları tespit edilmiştir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin görevleri ile ilgili problemleri kavramada, analiz etmede ve problemleri zamanında çözmede, yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilmede ve kendilerini geliştirmede yetersiz kaldıklarını düşündükleri görülmektedir. Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda olmazsa olmaz olarak nitelendirilebilecek bu özelliklerin DKK yöntemiyle istihdam edilen sağlık profesyonellerinde bulunmamasının büyük bir eksiklik olduğu söylenebilir. Zira belirtilen özellikler sağlık işletmelerinin işleyişlerini gereği gibi yerine getirebilmeleri açısından büyük önem arz eden konulara yöneliktir ve bu konulardaki eksiklikler, sağlık sisteminin büyük oranda aksamasına neden olabilecek niteliktedir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistiklere göre; “kurumsal bilgi” alt boyutun ortalamasına bakıldığında (X:3,34) hastane yöneticilerinin kararsız oldukları belirlenmiştir. “Kurumsal bilgi” alt boyutundaki ifadelerin ortalaması sırasıyla 3,36, 3,44 ve 3,21 olarak hesaplanmıştır. Hastane yöneticilerinin “Hastanemizin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilirler” ile “Bireysel gelişim açısından kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip ederler ve bunları kurumda yaptığı işe adapte ederler” ifadeleri konusunda

kararsız oldukları, “hastanemizin kurum kültürünü benimsemişleridir” ifadesine ise katıldıkları tespit edilmiştir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hastanenin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilme ve bireysel gelişim açısından kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip etme ve bunları kurumda yaptığı işe adapte etme konusunda yetersiz kaldıklarını düşündükleri görülmektedir. Bununla birlikte bir kurumun tüm iş ve işleyişlerini gereği gibi yerine getirebilmesi için, mutlaka ki öncelikli olarak kurum personelinin kurumun misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilmesi ya da bilmesinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenledir ki hastane işletmelerinin, çalışanlarının işletmeye yönelik bu hususları bilmelerini sağlamak amacıyla gerekirse eğitim programları düzenlemek adına hareket etmesi yerinde olacaktır.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistiklere göre;“motivasyon” alt boyutun ortalamasına bakıldığında (X:3,19) hastane yöneticilerinin kararsız oldukları belirlenmiştir.“Motivasyon” alt boyutundaki ifadelerin ortalaması sırasıyla 3,05, 3,02, 3,27, 3,16, 3,06, 3,19, 3,33 ve 3,49 olarak hesaplanmıştır. Hastane yöneticileri “Motivasyon” alt boyutundaki ifadelerden sadece “Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler” görüşüne (X: 3,49) katıldıklarını ifade etmişlerdir. Diğer ifadeler için ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş güvencesine sahip olmasının motivasyon düzeyini artıran bir etmen olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde de çalışanların iş güvencesine sahip olmalarının; motivasyon, iş tatmini, örgütsel bağlılık ve örgütsel sadakat düzeylerini artırdığı ve işe devamsızlık düzeylerini azalttığı söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistiklere bakıldığında; “iş disiplini ve etiği” alt boyutun ortalamasına (X:3,60) orta düzeyde katılım olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin “iş disiplini ve etiği” alt boyutundaki önermelere katıldıklarını belirtmişlerdir. Ancak bu katılım düzeyinin yüksek olmadığı görülmektedir. “İş disiplini ve etiği” alt boyutundaki ifadelerin ortalaması sırasıyla 3,82, 3,79, 3,76, 3,55, 3,65, 3,67, 3,12, 3,49, 3,62 ve 3,51 olarak hesaplanmıştır. Hastane yöneticileri “iş disiplini ve etiği” alt boyutundaki ifadelerden sadece “Fazla mesai yapılması gereken durumlarda, istekle çalışırlar” görüşü (X: 3,12) konusunda kararsız olduklarını ancak diğer ifadelere ise katıldıklarını belirtmişlerdir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin fazla mesai yapmak durumunda kaldıklarında isteksiz olduklarını düşündükleri görülmektedir. Bununla birlikte sağlık işletmelerinde mesai kavramının çok fazla

geçerlilik taşımadığı ya da mesai saatlerinin dışında çalışma gerekliliğinin de çok fazla gündeme gelebildiği işletmelerde, personelin prososyal davranışlara daha fazla sahip bireylerden seçilmesine özen gösterilmesi gerektiği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistiklere bakıldığında; “hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutun ortalamasına (X:3,73) orta düzeyde katılım olduğu görülmektedir. Ancak bu katılımın ortalamasına bakıldığında (X:3.73), katılım düzeyinin yüksek olmadığı görülmektedir. “Hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutundaki ifadelerin ortalaması sırasıyla 3,57, 3,76, 3,90, 3,68, 3,65 ve 3,82 olarak hesaplanmış ve hastane yöneticilerin tüm ifadelerle katıldıkları tespit edilmiştir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin olması gerektiği şekilde hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkilerinde başarılı olduklarını düşündükleri görülmektedir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri için açıklayıcı istatistiklere bakıldığında; “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutun ortalamasına (X:3,54) orta düzeyde katılım olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutundaki önermelere katıldıklarını belirtmelerine rağmen katılım düzeyinin yüksek olmadığı görülmektedir. “İş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutundaki ifadelerin ortalaması sırasıyla 3,54, 3,53 ve

3,56 olarak hesaplanmış ve hastane yöneticilerin tüm ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesini ve hedefleri olması gerektiği gibi gözettiklerini düşündükleri görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin cinsiyet durumları itibariyle dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşleri Çizelge 6.15'te verilmiştir.

Çizelge 6.15. Hastane Yöneticilerinin Cinsiyet Durumları İtibariyle DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
İletişim Becerileri	Kadın	123	3,31	0,885	-2,441	,015
	Erkek	122	3,59	0,918		
Planlama ve Organize Etme Becerileri	Kadın	123	3,42	0,896	-2,004	,046
	Erkek	122	3,64	0,859		
Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Kadın	123	3,33	0,896	-2,709	,007
	Erkek	122	3,63	0,818		
Kurumsal Bilgi	Kadın	123	3,22	1,003	-1,965	,051
	Erkek	122	3,46	0,947		
Motivasyon	Kadın	123	3,10	0,860	-1,654	,099
	Erkek	122	3,29	0,893		
İş Disiplini ve Etiği	Kadın	123	3,56	0,801	-,813	,417
	Erkek	122	3,64	0,834		
Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	Kadın	123	3,74	0,678	,201	,840
	Erkek	122	3,72	0,858		
İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	Kadın	123	3,49	0,812	-1,056	,292
	Erkek	122	3,60	0,866		

Çizelge 6.15’te, araştırmanın alt boyutlarında cinsiyet değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı student – t testi ile incelenmiştir. H1 hipotezi alt boyutları için ayrı ayrı test edilmiştir. Yapılan test sonucunda, “iletişim becerileri”, “planlama ve organize etme” ile “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) ve H1 hipotezi bu alt boyutlar için kabul edilmiştir. Diğer alt boyutlarda cinsiyet değişkeni bakımından farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) ve H1 hipotezi bu alt boyutlar için reddedilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunan alt boyutlardaki ortalamalar incelendiğinde her üç boyutta da erkeklerin ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkek yöneticiler, dış kaynak kullanımı ile çalışan personele belirtilen alt boyutlarda istatistiksel olarak daha yüksek puan vermişlerdir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “iletişim becerilerinin” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,31; erkeklerde 3,59 olarak hesaplanmıştır. Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t: -2,441; p < 0,05$).

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “planlama ve organize etme becerileri” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,42; erkeklerde 3,64 olarak hesaplanmıştır. Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t: -2,004; p < 0,05$).

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,33; erkeklerde 3,63 olarak hesaplanmıştır.

Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t: – 2,709; p < 0,05).

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “kurumsal bilgi” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,22; erkeklerde 3,46 olarak hesaplanmıştır. Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: – 1,965; p > 0,05).

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “motivasyon” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,10; erkeklerde 3,29 olarak hesaplanmıştır. Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: – 1,654; p > 0,05).

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “iş disiplini ve etiği” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,56; erkeklerde 3,64 olarak hesaplanmıştır. Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: – ,813; p > 0,05).

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,74; erkeklerde 3,72 olarak hesaplanmıştır. Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: ,201; p > 0,05).

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma” düzeyi hakkında, cinsiyet gruplarının ortalamaları sırasıyla kadınlarda 3,49; erkeklerde 3,60 olarak hesaplanmıştır.

Yapılan student – t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: – 1,056; p > 0,05).

Çizelge 6.16’da Hastane yöneticilerinin yaş durumları itibariyle DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşlerine ilişkin analiz bulguları sunulmaktadır.

Çizelge 6.16. Hastane Yöneticilerinin Yaş Durumu İtibariyle, DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İletişim Becerileri	18 – 30 Yaş	69	3,39	0,775	1,340	0,262
	31 – 35 Yaş	73	3,37	1,045		
	36 – 40 Yaş	65	3,65	0,895		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,39	0,877		
Planlama ve Organize Etme Becerileri	18 – 30 Yaş	69	3,57	0,766	1,426	0,236
	31 – 35 Yaş	73	3,43	1,023		
	36 – 40 Yaş	65	3,69	0,789		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,37	0,928		
Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	18 – 30 Yaş	69	3,56	0,778	2,046	0,108
	31 – 35 Yaş	73	3,42	0,923		
	36 – 40 Yaş	65	3,63	0,819		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,23	0,963		
Kurumsal Bilgi	18 – 30 Yaş	69	3,41	0,842	2,692	0,047
	31 – 35 Yaş	73	3,24	0,961		
	36 – 40 Yaş	65	3,55	0,992		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,04	1,157		
Motivasyon	18 – 30 Yaş	69	3,17	0,755	1,707	0,166
	31 – 35 Yaş	73	3,04	0,961		
	36 – 40 Yaş	65	3,37	0,893		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,23	0,879		
İş Disiplini ve Etiği	18 – 30 Yaş	69	3,61	0,735	0,120	0,948
	31 – 35 Yaş	73	3,55	0,894		
	36 – 40 Yaş	65	3,64	0,848		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,61	0,777		
Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	18 – 30 Yaş	69	3,75	0,634	1,022	0,384
	31 – 35 Yaş	73	3,65	0,877		
	36 – 40 Yaş	65	3,85	0,769		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,63	0,784		
İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	18 – 30 Yaş	69	3,53	0,759	0,772	0,511
	31 – 35 Yaş	73	3,48	0,933		
	36 – 40 Yaş	65	3,67	0,751		
	41 Yaş ve Üzeri	38	3,46	0,935		

Çizelge 6.16'da araştırmanın alt boyutlarında hastane yöneticilerinin yaş grupları değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenmiştir. Yapılan test sonucunda, sadece “kurumsal bilgi” (F: 2,692, $p < 0,05$) alt boyutunda hastane yöneticilerinin yaş grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve H2 Hipotezi bu alt boyut için kabul edilmiştir. Tukey testine göre bu farklılık, 36 – 40 yaş grubu ile 41 yaş ve üzeri gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Diğer yedi alt boyutta yaş grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) ve H2 hipotezi bu yedi alt boyut için reddedilmiştir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi ile ilgili düzeyleri açısından farklı görüşler ortaya koydukları ve 41 yaş ve üzeri grupta yer alan hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi düzeylerini yeterli bulmadıkları görülmektedir. Bunun da, 41 yaş ve üzeri grupta yer alan hastane yöneticilerinin sahip oldukları deneyimler doğrultusunda personeli daha profesyonel bir anlayışla değerlendirdikleri ve bu nedenle de yetersiz gördükleri şeklinde değerlendirilebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iletişim becerileri” düzeyi hakkında, hastane yöneticilerinin yaş gruplarının ortalamaları sırasıyla 18 – 30 yaş grubu için 3,39, 31 – 35 yaş grubu için 3,37, 36 – 40 yaş grubu için 3,65 ve 41 yaş ve üzeri grubu için 3,39 olarak

hesaplanmıştır. Hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “İletişim becerileri” alt boyutu konusunda 18 – 30 yaş grubu, 31 – 35 yaş grubu ve 41 yaş ve üzeri grubu yöneticiler kararsız, 36 – 40 yaş grubundaki yöneticiler ise “İletişim becerileri” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “İletişim becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 1,340; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iletişim becerilerine yönelik olarak yaş grupları bağlamında farklı görüşler ortaya koymadıkları ve aynı yönde düşünceye sahip oldukları söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “planlama ve organize etme becerilerinin” düzeyi hakkında, hastane yöneticilerinin yaş gruplarının ortalamaları sırasıyla 18 – 30 yaş grubu için 3,57, 31 – 35 yaş grubu için 3,43, 36 – 40 yaş grubu için 3,69 ve 41 yaş ve üzeri grubu için 3,37 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre tamamı “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “planlama ve organize etme becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 1,426; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerilerine

yönelik olarak yaş grupları bağlamında farklı görüşler ortaya koymadıkları ve aynı yönde düşünceye sahip oldukları söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” düzeyi hakkında, hastane yöneticilerinin yaş gruplarının ortalamaları sırasıyla 18 – 30 yaş grubu için 3,56, 31 – 35 yaş grubu için 3,42, 36 – 40 yaş grubu için 3,63 ve 41 yaş ve üzeri grubu için 3,23 olarak hesaplanmıştır. Hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutu konusunda 18 – 30 yaş grubu, 31 – 35 yaş grubu ve 36 – 40 yaş grubundaki yöneticiler ise “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna katıldıklarını, 41 yaş ve üzeri grupları ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 2,046; $p > 0,05$).

Bununla birlikte 41 yaş ve üzeri grupta yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği düzeylerine yönelik olarak diğer yaş gruplarından daha düşük düzeyde katılım göstermeleri, yine bu yaş grubunda yer alan hastane yöneticilerinin deneyimleri doğrultusunda daha mükemmeliyetçi bir bakış açısı ile değerlendirmede buldukları ve bu nedenle de personeli mesleki iş bilgisi konusunda yetersiz buldukları şeklinde yorumlanabilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “motivasyon” düzeyi hakkında, hastane yöneticilerinin yaş gruplarının ortalamaları sırasıyla 18 – 30 yaş grubu için 3,17, 31 – 35 yaş grubu için 3,04, 36 – 40 yaş grubu için 3,37 ve 41 yaş ve üzeri grubu için 3,23 olarak

hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre tamamı “motivasyon” alt boyutu konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “motivasyon” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 1,707; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyonunu çok yüksek bulmadıkları söylenebilir ve genel anlamda tüm yaş gruplarında yer alan hastane yöneticilerinin de aynı yönde görüş bildirdikleri söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş disiplini ve etiği” düzeyi hakkında, hastane yöneticilerin inyaş gruplarının ortalamaları sırasıyla 18 – 30 yaş grubu için 3,61, 31 – 35 yaş grubu için 3,55, 36 – 40 yaş grubu için 3,64 ve 41 yaş ve üzeri grubu için 3,61 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre tamamı “iş disiplini ve etiği” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “iş disiplini ve etiği” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 0,120; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiğine sahip olduklarını düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yaş gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” düzeyi hakkında, hastane yöneticilerin yaş

gruplarının ortalamaları sırasıyla 18 – 30 yaş grubu için 3,75, 31 – 35 yaş grubu için 3,65, 36 – 40 yaş grubu için 3,85 ve 41 yaş ve üzeri grubu için 3,63 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre tamamı “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 1,022; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş hasta yakınları ve diğer çalışanlarla iyi ilişkiler içerisinde bulduklarını düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yaş gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” düzeyi hakkında, hastane yöneticilerinin yaş gruplarının ortalamaları sırasıyla 18 – 30 yaş grubu için 3,53, 31 – 35 yaş grubu için 3,48, 36 – 40 yaş grubu için 3,67 ve 41 yaş ve üzeri grubu için 3,46 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre tamamı “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 0,722; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda

yeterli olduklarını düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yaş gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Çizelge 6.17’de Hastane yöneticilerinin “Eğitim” durumları itibariyle DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşlerine ilişkin analiz bulguları sunulmaktadır.

Çizelge 6.17. Hastane Yöneticilerin Eğitimine Göre, DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İletişim Becerileri	Lise	39	3,75	0,83	1,735	0,143
	Önlisans	48	3,47	0,98		
	Lisans	100	3,31	0,86		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,47	1,00		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	3,53	0,82		
Planlama ve Organize Etme Becerileri	Lise	39	3,97	0,78	3,364	0,011
	Önlisans	48	3,57	0,85		
	Lisans	100	3,40	0,89		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,41	0,95		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	3,44	0,72		
Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Lise	39	4,00	0,67	4,922	0,001
	Önlisans	48	3,52	0,81		
	Lisans	100	3,39	0,81		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,26	1,07		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	3,30	0,81		
Kurumsal Bilgi	Lise	39	3,86	0,76	4,827	0,001
	Önlisans	48	3,49	0,85		
	Lisans	100	3,23	0,94		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,05	1,22		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	3,07	0,93		
Motivasyon	Lise	39	3,41	0,92	1,290	0,273
	Önlisans	48	3,25	0,79		
	Lisans	100	3,19	0,85		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,02	0,97		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	2,98	0,92		
İş Disiplini ve Etiği	Lise	39	3,95	0,59	2,683	0,032
	Önlisans	48	3,64	0,80		
	Lisans	100	3,54	0,88		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,41	0,88		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	3,51	0,54		
Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	Lise	39	4,04	0,65	2,734	0,030
	Önlisans	48	3,84	0,60		
	Lisans	100	3,64	0,82		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,60	0,88		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	3,56	0,69		
İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	Lise	39	3,90	0,72	3,311	0,012
	Önlisans	48	3,67	0,74		
	Lisans	100	3,39	0,89		
	Tıp, Uzman, Diş Hekimi	43	3,50	0,87		
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	3,29	0,70		

Çizelge 6.17’de araştırmanın alt boyutlarında hastane yöneticilerinin eğitim durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenmiştir. Yapılan test sonucunda, sadece “iletişim becerileri” (F: 1,735, $p < 0,05$) ile “motivasyon” (F: 1,290, $p < 0,05$) boyutlarında eğitim durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. H3 hipotezi “iletişim becerileri” ile “motivasyon” alt boyutlarında reddedilmiştir.

Diğer altı boyutta hastane yöneticilerinin eğitim grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p > 0,05$). Dolayısıyla H3 hipotezi “Planlama ve Organize Etme Becerileri”, “Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği”, “Kurumsal Bilgi”, “İş Disiplini ve Etiği”, “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” ve “İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma” alt boyutlarında kabul edilmiştir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iletişim becerileri” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 3,75, önlisans için 3,47, lisans için 3,31, tıp, uzman ve dış hekimi için 3,47 ve yüksek lisans ve doktora için 3,53 olarak hesaplanmıştır. Lise, önlisans, tıp/uzman/dış hekimi ile yüksek lisans ve doktora grupları “iletişim becerileri” alt boyutuna genel olarak katılırken, lisans mezunları kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise grubundaki hastane yöneticilerinin “iletişim becerileri” alt boyutuna, diğer gruplara göre daha çok katıldıkları görülmektedir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “iletişim becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 1,735; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iletişim becerilerine sahip olmaları konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de eğitim gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “planlama ve organize etme becerileri” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 3,97, önlisans için 3,57, lisans için 3,40, tıp/uzman ve dış hekimi için 3,41 ve yüksek lisans ve doktora için 3,44 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre tamamı “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna katıldıklarını ifade etmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise grubundaki hastane yöneticilerinin “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna, diğer gruplara göre daha çok katıldıkları görülmektedir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “planlama ve organize etme becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 3,364; $p < 0,05$). Tukey testine göre “planlama ve organize etme” boyutundaki farklılık, lise mezunlarıyla lisans ve tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerileri konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam

edilen personelin planlama ve organize etme becerilerine büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteyken; tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerilerine düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin planlama ve organize etme becerileri anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde planlama ve organize etme becerisi beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 4,00, önlisans için 3,52, lisans için 3,39, tıp, uzman ve diş hekimi için 3,26 ve yüksek lisans ve doktora için 3,30 olarak hesaplanmıştır. Lise ve önlisans grupları “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna genel olarak katılırken, lisans, tıp/ uzman hekim/diş hekimi ile yüksek lisans ve doktora mezunları kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise grubundaki hastane yöneticilerinin “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği”

alt boyutuna, diğer gruplara göre daha çok katıldıkları görülmektedir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 4,922; p < 0,05). Tukey testine göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” boyutundaki farklılık, lise mezunlarıyla lisans ve tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Yine lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisine ve yeterliliğine büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteyken; tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliğine daha düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da yine, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde

bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde mesleki iş bilgisi ve yeterliliği beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “kurumsal bilgi” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 3,86, önlisans için 3,49, lisans için 3,23, tıp, uzman hekim ve diş hekimi için 3,05 ve yüksek lisans ve doktora için 3,07 olarak hesaplanmıştır. Lise ve önlisans grupları “kurumsal bilgi” alt boyutuna genel olarak katılırken, lisans; tıp/uzman hekim/diş hekimi ile yüksek lisans ve doktora mezunu grupları kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise grubundaki hastane yöneticilerinin “kurumsal bilgi” alt boyutuna, diğer gruplara göre daha çok katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “kurumsal bilgi” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 4,827; $p < 0,05$). Tukey testine göre “kurumsal bilgi” boyutundaki farklılık, lise mezunlarıyla lisans ve tıp, uzman hekim, diş hekimi gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Yine lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgiye büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteyken; tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK

yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgiye daha düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da yine, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin kurumsal bilgi anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde kurumsal bilgi yeterliliği beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “motivasyon” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 3,41, önlisans için 3,25, lisans için 3,19, tıp, uzman ve dış hekimi için 3,02 ve yüksek lisans ve doktora için 2,98 olarak hesaplanmıştır. Lise grubu “motivasyon” alt boyutuna genel olarak katılırken, önlisans, lisans, tıp/uzman/dış hekimi ile yüksek lisans ve doktora mezunu grupları kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise grubundaki hastane yöneticilerinin “motivasyon” alt boyutuna, diğer gruplara göre daha çok katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “motivasyon” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F: 1,290; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeyleri konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de eğitim gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş disiplini ve etiği” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 3,95, önlisans için 3,64, lisans için 3,54, tıp, uzman ve diş hekimi için 3,41 ve yüksek lisans ve doktora için 3,51 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre tamamı “iş disiplini ve etiği” alt boyutuna katıldıklarını ifade etmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise mezunlarının daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “planlama ve organize etme becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 2,683; $p < 0,05$). “İş disiplini ve etiği” boyutundaki farklılık, lise mezunlarıyla tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Yine lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiğine büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteken; tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK

yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiğine daha düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da yine, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin iş disiplini ve etiği anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde iş disiplini ve etiği yeterliliği beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 4,04, önlisans için 3,84, lisans için 3,64, tıp, uzman ve diş hekimi için 3,60 ve yüksek lisans ve doktora için 3,56 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre tamamı “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutuna katıldıklarını ifade etmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise mezunlarının daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. Yapılan ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (F: 2,683; $p < 0,05$). “Hasta/yakınlarıyla ve diğer çalışanlarla ilişkiler”

boyutundaki farklılık, lise mezunlarıyla lisans mezunları gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; lisans düzeyinde eğitime sahip gruplarda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da yine lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeyleri ile lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” düzeyi hakkında, eğitim gruplarının ortalamaları sırasıyla lise için 3,90, önlisans için 3,67, lisans için 3,39, tıp, uzman ve diş hekimi için 3,50 ve yüksek lisans ve doktora için 3,29 olarak hesaplanmıştır. Lise ve önlisans grupları “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutuna genel olarak katılırken, lisans, tıp/uzman hekim/diş hekimi ile yüksek lisans ve doktora mezunu grupları kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, lise mezunlarının daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir.

ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin eğitim gruplarına göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 3,311; p < 0,05). “İş kalitesi ve hedeflere ulaşma” boyutundaki farklılık, lise mezunlarıyla lisans mezunları gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; lisans düzeyinde eğitime sahip gruplarda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da yine lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeyleri ile lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Çizelge 6.18’de Hastane yöneticilerinin meslek durumları itibariyle DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşlerine ilişkin analiz bulguları sunulmaktadır.

Çizelge 6.18. Hastanedeki Yöneticilerin Mesleğine Göre, DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İletişim Becerileri	Hekim	44	3,41	0,99	0,158	0,959
	Hemşire / Ebe	116	3,49	0,85		
	İşletmeci / Sağlık Yöneticisi	35	3,37	0,92		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,50	1,04		
	Diğer	25	3,42	0,96		
Planlama ve Organize Etme Becerileri	Hekim	44	3,34	0,93	1,804	0,129
	Hemşire / Ebe	116	3,63	0,83		
	İşletmeci / sağlık Yöneticisi	35	3,29	0,92		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,54	0,95		
	Diğer	25	3,70	0,87		
Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Hekim	44	3,22	1,07	2,359	0,054
	Hemşire / Ebe	116	3,58	0,77		
	İşletmeci / sağlık Yöneticisi	35	3,28	0,77		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,53	0,97		
	Diğer	25	3,71	0,83		
Kurumsal Bilgi	Hekim	44	3,03	1,19	2,212	0,079
	Hemşire / Ebe	116	3,47	0,88		
	İşletmeci / sağlık Yöneticisi	35	3,16	0,97		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,35	1,07		
	Diğer	25	3,51	0,87		
Motivasyon	Hekim	44	3,01	0,93	0,894	0,468
	Hemşire / Ebe	116	3,22	0,82		
	İşletmeci / sağlık Yöneticisi	35	3,22	1,00		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,14	0,87		
	Diğer	25	3,41	0,88		
İş Disiplini ve Etiği	Hekim	44	3,35	0,88	1,653	0,162
	Hemşire / Ebe	116	3,70	0,76		
	İşletmeci / sağlık Yöneticisi	35	3,51	0,83		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,62	0,98		
	Diğer	25	3,68	0,73		
Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	Hekim	44	3,53	0,88	1,943	0,104
	Hemşire / Ebe	116	3,86	0,65		
	İşletmeci / sağlık Yöneticisi	35	3,60	0,85		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,61	0,87		
	Diğer	25	3,79	0,80		
İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	Hekim	44	3,45	0,86	1,090	0,362
	Hemşire / Ebe	116	3,60	0,78		
	İşletmeci / sağlık Yöneticisi	35	3,34	0,89		
	Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	25	3,51	0,95		
	Diğer	25	3,73	0,87		

Çizelge 6.18’de araştırmanın alt boyutlarında hastane yöneticilerinin meslek durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenmiştir. Hastane yöneticilerinin meslek durumları itibariyle bu çalışmada sorgulanan konularda genel olarak görüş birliğinin olduğu ve alt boyutların tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir (p değeri aralığı = 0,054 – 0,959). Dolayısıyla H4 hipotezi tüm alt boyutlarda reddedilmiştir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “iletişim becerilerinin” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,41, hemşire/ebe için 3,49, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,37, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,50 ve diğer grubu için 3,42 olarak hesaplanmıştır. Hekim ve hemşire/ebe, sağlık teknisyeni/teknikeri ve diğer grupları “iletişim becerileri” alt boyutuna genel olarak katılırken, işletmeci/sağlık yöneticisi grubu kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, sağlık teknisyeni/teknikeri grubunun diğer gruplara göre “iletişim becerileri” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,158; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iletişim becerileri konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “planlama ve organize etme becerileri” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,34, hemşire/ebe için 3,63, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,29, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,54 ve diğer grubu için 3,70 olarak hesaplanmıştır. Hemşire/ebe, sağlık teknisyeni/teknikeri ve diğer grupları “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna genel olarak katılırken; hekim ve işletmeci/sağlık yöneticisi grubu kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer meslek grubunun diğer gruplara göre “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “planlama ve organize etme becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,804; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerileri konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,22, hemşire/ebe için 3,58, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,28, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,53 ve diğer grubu için 3,71 olarak hesaplanmıştır. Hemşire/ebe, sağlık teknisyeni/teknikeri ve diğer grupları “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna genel olarak katılırken; hekim ve işletmeci/sağlık

yöneticisi grubu kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer meslek grubunun diğer gruplara göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 2,359; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “kurumsal bilgi” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,03, hemşire/ebe için 3,47, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,16, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,35 ve diğer grubu için 3,51 olarak hesaplanmıştır. Hemşire/ebe ve diğer grupları “kurumsal bilgi” alt boyutuna genel olarak katılırken; hekim, sağlık teknisyeni/teknikeri ve işletmeci/sağlık yöneticisi grubu kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer meslek grubunun diğer gruplara göre “kurumsal bilgi” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “kurumsal bilgi” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 2,212; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle

istihdam edilen personelin kurumsal bilgi düzeyi konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “motivasyon” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,01, hemşire/ ebe için 3,22, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,22, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,14 ve diğer grubu için 3,41 olarak hesaplanmıştır. Hekim, Hemşire/ebe, işletmeci/sağlık yöneticisi ve sağlık teknisyeni/teknikeri grupları “motivasyon” alt boyutuna genel olarak katılırken; diğer grubu kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer meslek grubunun diğer gruplara göre “motivasyon” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “motivasyon” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,894; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeyi konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “iş disiplini ve etiği” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,35, hemşire/ ebe için 3,70, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,51, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,62 ve diğer grubu için 3,68 olarak hesaplanmıştır. Hemşire/ebe, işletmeci/sağlık yöneticisi, sağlık teknisyeni/teknikeri ve diğer grupları “iş disiplini ve etiği” alt

boyutuna genel olarak katılırken; hekim grubu kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, hemşire/ebe meslek grubunun diğer gruplara göre “iş disiplini ve etiği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “iş disiplini ve etiği” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,653; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,53, hemşire/ ebe için 3,86, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,60, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,61 ve diğer grubu için 3,79 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan meslek grubuna göre hastane yöneticilerinin tamamı “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutuna genel olarak katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer meslek grubunun diğer gruplara göre “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,943; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” düzeyi hakkında, meslek gruplarının ortalamaları sırasıyla hekim için 3,45, hemşire/ebe için 3,60, işletmeci/sağlık yöneticisi için 3,34, sağlık teknisyeni/teknikeri için 3,51 ve diğer grubu için 3,73 olarak hesaplanmıştır. Hekim, hemşire/ebe, sağlık teknisyeni/teknikeri ve diğer grupları “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutuna genel olarak katılırken; işletmeci/sağlık yöneticisi grubu kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer meslek grubunun diğer gruplara göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre, hastane yöneticilerinin meslek gruplarına göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,090; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de meslek gruplarına göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Çizelge 6.19’da hastane yöneticilerinin, hastanedeki yöneticilik görevleri itibariyle DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşlerine ilişkin analiz bulguları sunulmaktadır.

Çizelge 6.19. Hastanedeki Yöneticilik Görevine Göre, DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İletişim Becerileri	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,36	1,07	0,256	0,857
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,38	0,76		
	Servis Sorumlusu	100	3,46	0,88		
	Diğer	79	3,51	0,98		
Planlama ve Organize Etme Becerileri	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,38	1,01	1,540	0,205
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,30	0,81		
	Servis Sorumlusu	100	3,60	0,81		
	Diğer	79	3,60	0,95		
Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,29	1,06	2,221	0,086
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,23	0,85		
	Servis Sorumlusu	100	3,54	0,76		
	Diğer	79	3,60	0,92		
Kurumsal Bilgi	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,15	1,10	1,521	0,21
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,12	1,04		
	Servis Sorumlusu	100	3,37	0,87		
	Diğer	79	3,47	1,03		
Motivasyon	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,06	1,03	1,749	0,158
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,35	0,92		
	Servis Sorumlusu	100	3,08	0,84		
	Diğer	79	3,32	0,85		
İş Disiplini ve Etiği	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,23	0,96	3,143	0,026
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,44	0,77		
	Servis Sorumlusu	100	3,69	0,76		
	Diğer	79	3,68	0,83		
Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,45	0,97	1,939	0,124
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,63	0,77		
	Servis Sorumlusu	100	3,82	0,67		
	Diğer	79	3,76	0,80		
İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	Başhekim ve Yardımcısı	27	3,31	0,98	1,266	0,287
	Müdür ve Yardımcısı	39	3,44	0,74		
	Servis Sorumlusu	100	3,56	0,82		
	Diğer	79	3,64	0,86		

Çizelge 6.19’da hastanedeki yöneticilik görevleri itibariyle hastane yöneticileri arasında bu araştırmada sorgulanan konularda “Kurumsal Bilgi “(p = 0,021) ve “İş Disiplini ve Etiği” (p = 0,026) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunduğu belirlenmiştir (p değeri aralığı = 0,001 – 0,032). Dolayısıyla H5 hipotezi bu alt boyutlar için kabul edilmiştir.

Hastanedeki yöneticilik görevleri itibariyle hastane yöneticileri arasında bu araştırmada sorgulanan konularda diğer altı alt boyutta görüş birliğinin olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir (p değeri aralığı = 0,086 – 0,857). Dolayısıyla, H5 hipotezi bu altı alt boyutta reddedilmiştir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iletişim becerileri” düzeyi hakkında, Hastanedeki yöneticilik görevlerine göre grupların ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,36, müdür ve müdür yardımcısı 3,38, servis sorumlusu 3,46 ve diğer grubu yöneticiler için 3,51 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden başhekim ve başhekim yardımcıları ile hastane müdür ve müdür yardımcıları “iletişim becerileri” alt boyutu konusunda kararsız; servis sorumlusu ile diğer yönetici grupları ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iletişim becerileri” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görölmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik gruplarına göre “iletişim becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,256; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iletişim becerileri konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik görevine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “planlama ve organize etme becerileri” düzeyi hakkında, Hastanedeki yöneticilik görevlerine göre grupların ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,38, müdür ve müdür yardımcısı 3,30, servis sorumlusu 3,60 ve diğer grubu yöneticiler için 3,60 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden başhekim ve başhekim yardımcıları ile hastane müdür ve müdür yardımcıları “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutu konusunda kararsız; servis sorumlusu ile diğer yönetici grupları ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, servis sorumlusu ile diğer grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik gruplarına göre “planlama ve organize etme becerileri” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,540; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerileri konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik görevine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” düzeyi hakkında, hastanedeki yöneticilik görevlerine göre grupların ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,29, müdür ve müdür yardımcısı 3,23, servis sorumlusu 3,54 ve diğer grubu yöneticiler için 3,60 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden başhekim ve başhekim yardımcıları ile hastane müdür ve müdür yardımcıları “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutu konusunda kararsız; servis sorumlusu ile diğer yönetici grupları ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, servis sorumlusu ile diğer grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik gruplarına göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 2,221; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik görevine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “kurumsal bilgi” düzeyi hakkında, hastanedeki yöneticilik görevlerine göre gruplarının ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,15, müdür ve müdür yardımcısı 3,12, servis sorumlusu 3,37 ve diğer grubu yöneticiler için 3,47 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden başhekim ve başhekim yardımcıları, hastane

müdür ve müdür yardımcıları ile servis sorumlusu grupları “kurumsal bilgi” alt boyutu konusunda kararsız; diğer yönetici grupları ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “kurumsal bilgi” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik gruplarına göre “kurumsal bilgi” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 1,521, $p < 0,05$). Çoklu karşılaştırma yöntemi ile farkı yaratan “diğer” grubu yöneticiler olduğu belirlenmiştir. “Başhekim ve Yardımcısı”, “Müdür ve Yardımcısı”, “Servis Sorumlusu”, grubu yöneticiler daha düşük; diğer grubu yöneticiler ise daha yüksek puan vermişlerdir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen kurumsal bilgi düzeyi konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Diğer grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi düzeyi konusunda daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; “Başhekim ve Yardımcısı”, “Müdür ve Yardımcısı” ve “Servis Sorumlusu” gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi düzeyi konusunda daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da “Başhekim ve Yardımcısı”, “Müdür ve Yardımcısı” ve “Servis Sorumlusu” gruplarında yer alan katılımcı hastane

yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “motivasyon” düzeyi hakkında, hastanedeki yöneticilik görevlerine göre grupların ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,06, müdür ve müdür yardımcısı 3,35, servis sorumlusu 3,08 ve diğer grubu yöneticiler için 3,32 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yönetici gruplarının tamamı “motivasyon” alt boyutu konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, müdür ve müdür yardımcısı grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “motivasyon” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik gruplarına göre “motivasyon” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,749; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeyi konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik görevine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş disiplini ve etiği” düzeyi hakkında, hastanedeki yöneticilik görevlerine göre gruplarının ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,23, müdür ve müdür yardımcısı 3,44, servis sorumlusu 3,69 ve diğer grubu yöneticiler için 3,68 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden başhekim ve başhekim yardımcısı grubu “iş

disiplini ve etiği” alt boyutu konusunda kararsız; diğer yönetici grupları ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, servis sorumlusu grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iş disiplini ve etiği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. Yapılan ANOVA testine göre Hastanedeki yöneticilik görevlerine göre; “İş disiplini ve etiği” puanları anlamlı farklılık göstermektedir. (F: 3,143; p > 0,05). Çoklu karşılaştırma yöntemi ile farkı yaratan “Başhekim ve Yardımcısı” grubu yöneticiler olduğu belirlenmiştir. “Müdür ve Yardımcısı”, “Servis Sorumlusu” ve “Diğer” grubu yöneticiler daha yüksek; “Başhekim ve Yardımcısı” grubu yöneticiler ise daha düşük puan vermişlerdir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen kurumsal bilgi düzeyi konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. “Müdür ve Yardımcısı”, “Servis Sorumlusu” ve “Diğer” grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; “Başhekim ve Yardımcısı” grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da “Başhekim ve Yardımcısı” grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” düzeyi hakkında, hastanedeki yöneticilik görevlerine göre gruplarının ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,45, müdür ve müdür yardımcısı 3,63, servis sorumlusu 3,82 ve diğer grubu yöneticiler için 3,76 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yönetici gruplarının tamamı “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutu konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, servis sorumlusu grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik gruplarına göre “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,939; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik görevine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” düzeyi hakkında, hastanedeki yöneticilik görevlerine göre gruplarının ortalamaları sırasıyla başhekim ve başhekim yardımcısı 3,31, müdür ve müdür yardımcısı 3,44, servis sorumlusu 3,56 ve diğer grubu yöneticiler için 3,64 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden başhekim ve başhekim yardımcıları grubu “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt

boyutu konusunda kararsız; diğer yönetici grupları ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, diğer grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik gruplarına göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,266; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik görevine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Çizelge 6.20’de hastane yöneticilerinin, hastanedeki yöneticilik süreleri itibariyle DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşlerine ilişkin analiz bulguları sunulmaktadır.

Çizelge 6.20. Hastanedeki Yöneticilerin, Yöneticilik Süresine Göre DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İletişim Becerileri	0 – 4 yıl	168	3,44	0,856	0,562	0,571
	5 – 10 yıl	56	3,43	1,021		
	11 yıl ve üzeri	21	3,65	1,047		
Planlama ve Organize Etme Becerileri	0 – 4 yıl	168	3,51	0,868	0,168	0,846
	5 – 10 yıl	56	3,59	0,925		
	11 yıl ve üzeri	21	3,55	0,923		
Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	0 – 4 yıl	168	3,45	0,872	0,452	0,637
	5 – 10 yıl	56	3,58	0,867		
	11 yıl ve üzeri	21	3,51	0,875		
Kurumsal Bilgi	0 – 4 yıl	168	3,31	0,971	0,237	0,789
	5 – 10 yıl	56	3,38	1,034		
	11 yıl ve üzeri	21	3,44	0,951		
Motivasyon	0 – 4 yıl	168	3,15	0,883	0,597	0,551
	5 – 10 yıl	56	3,30	0,868		
	11 yıl ve üzeri	21	3,25	0,901		
İş Disiplini ve Etiği	0 – 4 yıl	168	3,58	0,804	0,803	0,449
	5 – 10 yıl	56	3,59	0,839		
	11 yıl ve üzeri	21	3,81	0,873		
Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	0 – 4 yıl	168	3,75	0,750	0,613	0,543
	5 – 10 yıl	56	3,63	0,797		
	11 yıl ve üzeri	21	3,81	0,879		
İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	0 – 4 yıl	168	3,54	0,799	0,266	0,766
	5 – 10 yıl	56	3,49	0,908		
	11 yıl ve üzeri	21	3,65	0,991		

Çizelge 6.20’de araştırmadaki çalışma suresi değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenmiştir. Hastanedeki yoneticilik sureleri itibariyle hastane yoneticileri arasında bu araştırmada sorgulanan konuların tamamında goruş birliğinin olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir (p değeri aralığı = 0,449 – 0,846). Dolayısıyla, H₆ hipotezi tum alt boyutlarda reddedilmiştir.

Dış kaynak kullanımı yonemiyle istihdam edilen çalışanların “iletişim becerileri” duzeyi hakkında, yoneticilik sureleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,44, 5 – 10 yıl için 3,43, 11 yıl ve uzeri için 3,65 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yoneticilik sureleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yoneticileri gruplarının tamamı “iletişim becerileri” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve uzeri grubu yoneticilerin, diğer gruplara gore “iletişim becerileri” alt boyutuna daha yuksek duzeyde katıldıkları gorlmektedir. ANOVA testine gore hastane yoneticilerinin hastanede yoneticilik suresi gruplarına gore “iletişim becerileri” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,562; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yoneticilerinin, DKK yonemiyle istihdam edilen personelin iletişim becerileri konusunda aynı yonde duşundukleri ve bu yondeki goruşlerin de yoneticilik surelerine gore değişiklik gostermediği soylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yonemiyle istihdam edilen çalışanların “planlama ve organize etme becerileri” duzeyi hakkında, yoneticilik

süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,51, 5 – 10 yıl için 3,59, 11 yıl ve üzeri için 3,55 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 5 – 10 yıl grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik süresi gruplarına göre “planlama ve organize etme becerileri” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,168; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerileri konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” düzeyi hakkında, yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,45, 5 – 10 yıl için 3,58, 11 yıl ve üzeri için 3,51 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yöneticilik süresi itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 5-10 yıl grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede

yöneticilik süresi gruplarına göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,452; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “kurumsal bilgi” düzeyi hakkında, yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,31, 5 – 10 yıl için 3,38, 11 yıl ve üzeri için 3,44 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yöneticilik süresi itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının 0 – 4 yıl ve 5 – 10 yıl grupları “kurumsal bilgi” alt boyutu konusunda kararsız, 11 yıl ve üzeri grubu ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “kurumsal bilgi” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik süresi gruplarına göre “kurumsal bilgi” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,237; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “motivasyon” düzeyi hakkında, yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,15, 5 – 10 yıl için 3,30, 11 yıl ve üzeri için 3,25 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yöneticilik süresi itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “motivasyon” alt boyutu konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 5 – 10 yıl grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “motivasyon” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik süresi gruplarına göre “motivasyon” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,597; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “iş disiplini ve etiği” düzeyi hakkında, yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,58, 5 – 10 yıl için 3,59, 11 yıl ve üzeri için 3,81 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yöneticilik süresi itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “iş disiplini ve etiği” alt boyutu konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iş disiplini ve etiği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane

yöneticilerinin hastanede yöneticilik süresi gruplarına göre “iş disiplini ve etiği” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,803; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” düzeyi hakkında, yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,75, 5 – 10 yıl için 3,63, 11 yıl ve üzeri için 3,81 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yöneticilik süresi itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutu konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik süresi gruplarına göre “hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,613; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler

konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen çalışanların “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” düzeyi hakkında, yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,54, 5 – 10 yıl için 3,49, 11 yıl ve üzeri için 3,65 olarak hesaplanmıştır. Hastanedeki yöneticilik süresi itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutu konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin hastanede yöneticilik süresi gruplarına göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,266; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Çizelge 6.21’de hastanedeki yöneticilerin “toplam yöneticilik sürelerine” göre, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşlerine ilişkin analiz bulguları sunulmaktadır.

Çizelge 6.21. Hastanedeki Yöneticilerin Toplam Yöneticilik Sürelerine Göre, DKK Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
İletişim Becerileri	0 – 4 yıl	168	3,38	0,873	1,41	0,246
	5 – 10 yıl	56	3,53	0,965		
	11 yıl ve üzeri	21	3,66	0,958		
Planlama ve Organize Etme Becerileri	0 – 4 yıl	168	3,43	0,921	2,498	0,084
	5 – 10 yıl	56	3,69	0,787		
	11 yıl ve üzeri	21	3,68	0,853		
Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	0 – 4 yıl	168	3,39	0,910	2,236	0,109
	5 – 10 yıl	56	3,64	0,748		
	11 yıl ve üzeri	21	3,61	0,881		
Kurumsal Bilgi	0 – 4 yıl	168	3,25	1,014	1,437	0,240
	5 – 10 yıl	56	3,45	0,908		
	11 yıl ve üzeri	21	3,52	0,958		
Motivasyon	0 – 4 yıl	168	3,09	0,898	3,644	0,028
	5 – 10 yıl	56	3,43	0,782		
	11 yıl ve üzeri	21	3,17	0,920		
İş Disiplini ve Etiği	0 – 4 yıl	168	3,49	0,838	3,521	0,031
	5 – 10 yıl	56	3,73	0,743		
	11 yıl ve üzeri	21	3,84	0,804		
Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	0 – 4 yıl	168	3,68	0,781	0,883	0,415
	5 – 10 yıl	56	3,78	0,729		
	11 yıl ve üzeri	21	3,87	0,819		
İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	0 – 4 yıl	168	3,46	0,831	2,354	0,097
	5 – 10 yıl	56	3,62	0,796		
	11 yıl ve üzeri	21	3,79	0,940		

Çizelge 6.21’de “toplam yöneticilik süreleri” değişkeni ile farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenmiştir. Yapılan test sonucunda, boyutlardan “motivasyon” (F: 3,664, $p < 0,05$) boyutuyla “iş disiplini ve etiği” (F: 3,521, $p < 0,05$) boyutlarında “toplam çalışma süresi” bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. H7 hipotezi “motivasyon” ve “iş disiplini ve etiği” alt boyutlarında kabul edilmiştir.

Toplam yöneticilik sürelerine itibariyle hastane yöneticileri arasında bu araştırmada sorgulanan konularda diğer altı alt boyutta görüş birliğinin olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir (p değeri aralığı = 0,084 – 0,415). Dolayısıyla, H7 hipotezi bu altı alt boyutta reddedilmiştir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iletişim becerileri” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,38, 5 – 10 yıl için 3,53, 11 yıl ve üzeri için 3,66 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarından 0 – 4 yıl grubu “iletişim becerileri” alt boyutu konusunda kararsız olduklarını belirtirken, diğer gruplar ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iletişim becerileri” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam yöneticilik süresi gruplarına göre “iletişim becerileri” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,410; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iletişim becerileri konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “planlama ve organize etme” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,43, 5 – 10 yıl için 3,69, 11 yıl ve üzeri için 3,68 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “planlama ve organize etme” alt boyutuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 5 – 10 yıl grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “planlama ve organize etme” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam yöneticilik süresi gruplarına göre “planlama ve organize etme” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 2,498; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,39, 5 – 10 yıl için 3,64, 11 yıl ve

üzeri için 3,61 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarından 0 – 4 yıl grubu “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutu konusunda kararsız olduklarını belirtirken, diğer gruplar ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 5 – 10 yıl grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam yöneticilik süresi gruplarına göre “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 2,236; p > 0,05).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “kurumsal bilgi” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,25, 5 – 10 yıl için 3,45, 11 yıl ve üzeri için 3,52 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarından 0 – 4 yıl grubu “kurumsal bilgi” alt boyutu konusunda kararsız olduklarını belirtirken, diğer gruplar ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “kurumsal bilgi” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam

yöneticilik süresi gruplarına göre “kurumsal bilgi” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 1,437; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “motivasyon” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,09, 5 – 10 yıl için 3,43, 11 yıl ve üzeri için 3,17 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarından 0 – 4 yıl ve 11 yıl ve üzeri grupları “motivasyon” alt boyutu konusunda kararsız olduklarını belirtirken, 5 – 10 yıl grubu ise katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 5 – 10 yıl grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “motivasyon” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam yöneticilik süresi gruplarına göre “motivasyon” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 3,644; $p < 0,05$). Tukey testine göre motivasyon boyutunda farklılık, 0 – 4 yıl grubuyla 5 – 10 yıl grubunun ortalamalarının farklı olmasından kaynaklandığı görülmektedir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle

istihdam edilen motivasyon konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. 5 – 10 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu düşünmekteyken, 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğunu düşünmektedir. Bu durum da 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş disiplini ve etiği” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,49, 5 – 10 yıl için 3,73, 11 yıl ve üzeri için 3,84 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “iş disiplini ve etiği” alt boyutu konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iş disiplini ve etiği” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam yöneticilik süresi gruplarına göre “iş disiplini ve etiği” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F: 3,644; $p < 0,05$). Tukey testine göre “iş disiplini ve etiği” boyutunda farklılık, 0 – 4 yıl grubuyla 11 yıl ve üzeri grubunun ortalamasının farklı olmasından kaynaklandığı görülmektedir.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen motivasyon konusunda farklı görüşler ortaya

koydukları görülmektedir. 11 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu düşünmekteyken, 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğunu düşünmektedir. Bu durum da 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,68, 5 – 10 yıl için 3,78, 11 yıl ve üzeri için 3,87 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutu konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam yöneticilik süresi gruplarına göre “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 0,883; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler

konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

Dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” düzeyi hakkında, toplam yöneticilik süreleri gruplarının ortalamaları sırasıyla 0 – 4 yıl için 3,46, 5 – 10 yıl için 3,62, 11 yıl ve üzeri için 3,79 olarak hesaplanmıştır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle araştırmaya katılan hastane yöneticileri gruplarının tamamı “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutu konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Ortalamalar incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri grubu yöneticilerin, diğer gruplara göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutuna daha yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. ANOVA testine göre hastane yöneticilerinin, toplam yöneticilik süresi gruplarına göre “iş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutu konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F: 2,354; $p > 0,05$).

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda aynı yönde düşündükleri ve bu yöndeki görüşlerin de yöneticilik sürelerine göre değişiklik göstermediği söylenebilir.

HİPOTEZLER		KABUL	RED
H1: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “cinsiyetleri” arasında anlamlı bir farklılık vardır.	İletişim	X	
	Planlama ve Organize etme	X	
	Mesleki İş bilgisi ve yeterliliği	X	
	Kurumsal bilgi		X
	Motivasyon		X
	İş disiplini ve Etiği		X
	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler		X
	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma		X
H2: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “yaş” değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık vardır.	İletişim		X
	Planlama ve Organize etme		X
	Mesleki İş bilgisi ve yeterliliği		X
	Kurumsal bilgi	X	
	Motivasyon		X
	İş disiplini ve Etiği		X
	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler		X
	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma		X
H3: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “eğitim” değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık vardır.	İletişim		X
	Planlama ve Organize etme	X	
	Mesleki İş bilgisi ve yeterliliği	X	
	Kurumsal bilgi	X	
	Motivasyon		X
	İş disiplini ve Etiği	X	
	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	X	
	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma	X	
H4: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “meslek” değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık vardır.	İletişim		X
	Planlama ve Organize etme		X
	Mesleki İş bilgisi ve yeterliliği		X
	Kurumsal bilgi		X
	Motivasyon		X
	İş disiplini ve Etiği		X
	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler		X
	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma		X
H5: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “hastanedeki yöneticilik görevi” değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık vardır.	İletişim		X
	Planlama ve Organize etme		X
	Mesleki İş bilgisi ve yeterliliği		X
	Kurumsal bilgi	X	
	Motivasyon		X
	İş disiplini ve Etiği	X	
	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler		X
	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma		X
H6: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “hastanedeki yöneticilik süresi” değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık vardır.	İletişim		X
	Planlama ve Organize etme		X
	Mesleki İş bilgisi ve yeterliliği		X
	Kurumsal bilgi		X
	Motivasyon		X
	İş disiplini ve Etiği		X
	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler		X
	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma		X
H7: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “toplam yöneticilik süresi” değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık vardır.	İletişim		X
	Planlama ve Organize etme		X
	Mesleki İş bilgisi ve yeterliliği		X
	Kurumsal bilgi		X
	Motivasyon	X	
	İş disiplini ve Etiği	X	
	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler		X
	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma		X

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şanlıurfa ili genelinde kamu hastanelerinde çalışan 245 Hastane yöneticisinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkındaki görüşleri konusunda sorgulanan hipotezler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

H1: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “cinsiyetleri” arasında anlamlı bir farklılık vardır. DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarının hastane yöneticilerinin “cinsiyet” değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı, araştırmanın alt boyutları itibariyle incelenmiştir. Yapılan test sonucunda, “iletişim becerileri”, “planlama ve organize etme” ile “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlardaki ortalamalar incelendiğinde her üç boyutta da erkeklerin ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkek yöneticiler, DKK yöntemi ile çalışan personele, belirtilen alt boyutlarda istatistiksel olarak daha yüksek puan vermişlerdir. Diğer alt boyutlarda cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

H2: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşleri ile hastane yöneticilerinin “yaş” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır. DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarının hastane yöneticilerinin “yaş” değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı, araştırmanın alt boyutları itibariyle incelenmiştir. Yapılan test sonucunda, sadece “kurumsal bilgi” boyutunda yaş grupları bakımından istatistiksel

olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tukey testine göre farklılık, 36 – 40 ile 41 ve üzeri yaş gruplarının ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer yedi alt boyutta yaş grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi ile ilgili düzeyleri açısından farklı görüşler ortaya koydukları ve 41 yaş ve üzeri grupta yer alan hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi düzeylerini yeterli bulmadıkları görülmektedir. Bunun da, 41 yaş ve üzeri grupta yer alan hastane yöneticilerinin sahip oldukları deneyimler doğrultusunda personeli daha profesyonel bir anlayışla değerlendirdikleri ve bu nedenle de yetersiz gördükleri şeklinde değerlendirilebilir.

41 yaş ve üzeri grupta yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği düzeylerine yönelik olarak diğer yaş gruplarından daha düşük düzeyde katılım göstermeleri, yine bu yaş grubunda yer alan hastane yöneticilerinin deneyimleri doğrultusunda daha mükemmeliyetçi bir bakış açısı ile değerlendirmede buldukları ve bu nedenle de personeli mesleki iş bilgisi konusunda yetersiz buldukları şeklinde yorumlanabilir.

H3: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “eğitim” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır. DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarının hastane yöneticilerinin

“eğitim” değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı, araştırmanın alt boyutları itibariyle incelenmiştir. Yapılan test sonucunda, sadece “iletişim becerileri” ile “motivasyon” boyutlarında eğitim durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. “Planlama ve Organize Etme Becerileri”, “Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği”, “Kurumsal Bilgi”, “İş Disiplini ve Etiği”, “Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” ve “İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma” alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerileri konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerilerine büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteyken; tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerilerine düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin planlama ve organize etme becerileri anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane

yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde planlama ve organize etme becerisi beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Yine lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisine ve yeterliliğine büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteyken; tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin mesleki iş bilgisi ve yeterliliğine daha düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da yine, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin mesleki iş bilgisi ve yeterliliği anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde mesleki iş bilgisi

ve yeterliliği beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Yine lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgiye büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteyken; tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgiye daha düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da yine, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin kurumsal bilgi anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/diş hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde kurumsal bilgi yeterliliği beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda farklı görüşler ortaya koydukları

görülmektedir. Yine lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiğine büyük oranda sahip olduklarını düşünmekteyken; tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiğine daha düşük düzeyde sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.

Bu durumun da yine, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin iş disiplini ve etiği anlamında personelden beklenti düzeyleri ile tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeyleri arasında fark olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Zira tıp/uzman hekim/dış hekimi gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticileri konu ile ilgili olarak, lise düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinden daha doğru değerlendirmelerde bulunmak bakımından, personelden de aynı yönde iş disiplini ve etiği yeterliliği beklemekte ve personelin de bu niteliklere çok uygun olmadığını düşünmektedirler.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; lisans düzeyinde eğitime sahip gruplarda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip

oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da yine lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeyleri ile lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Lise mezunu katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; lisans düzeyinde eğitime sahip gruplarda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesi ve hedeflere ulaşma konusunda daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da yine lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeyleri ile lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcı hastane yöneticilerinin beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

H4: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “meslek” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır. DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarının hastane yöneticilerinin “meslek” değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı, araştırmanın alt boyutları itibarıyla incelenmiştir. Bu çalışmada sorgulanan

konularda genel olarak görüş birliğinin olduğu ve hiçbir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir.

H5: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “hastanedeki yöneticilik görevi” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır. DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarının hastane yöneticilerinin “hastanedeki yöneticilik görevi” değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı, araştırmanın alt boyutları itibariyle incelenmiştir. “Kurumsal Bilgi” ve “İş Disiplini ve Etiği” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutlarda ortaya çıkan farklılık sadece rastgele nedenlerden kaynaklanan farklılıktır. Diğer alt boyutlarda hastanedeki yöneticilik görevi değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen kurumsal bilgi düzeyi konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. Diğer grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi düzeyi konusunda daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; “Başhekim ve Yardımcısı”, “Müdür ve Yardımcısı” ve “Servis Sorumlusu” gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kurumsal bilgi düzeyi konusunda daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da “Başhekim ve Yardımcısı”, “Müdür ve Yardımcısı” ve “Servis Sorumlusu”

gruplarında yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen kurumsal bilgi düzeyi konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. “Müdür ve Yardımcısı”, “Servis Sorumlusu” ve “Diğer” grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda daha başarılı olduklarını düşünmekteyken; “Başhekim ve Yardımcısı” grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin tam tersi yönde bir görüşe sahip oldukları ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş disiplini ve etiği konusunda daha az başarılı olduklarını düşündükleri belirlenmiştir. Bu durum da “Başhekim ve Yardımcısı” grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

H6: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “hastanedeki yöneticilik süresi” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır. DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarının hastane yöneticilerinin “hastanedeki yöneticilik süresi” değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı, araştırmanın alt boyutları itibariyle incelenmiştir. Hastanedeki yöneticilik süreleri itibariyle hastane yöneticileri arasında bu çalışmada sorgulanan konuların tamamında görüş birliğinin olduğu ve alt boyutların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen motivasyon konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. 5 – 10 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu düşünmekteyken, 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğunu düşünmektedir. Bu durum da 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

H7: DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarına ilişkin görüşler ile hastane yöneticilerinin “toplam yöneticilik süresi” değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır. DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin performanslarının hastane yöneticilerinin “toplam yöneticilik süresi” değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı, araştırmanın alt boyutları itibariyle incelenmiştir. Yapılan test sonucunda, “motivasyon” ve “iş disiplini ve etiği” alt boyutlarında “toplam çalışma süresi” bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu alt boyutlarda ortaya çıkan farklılık sadece rastgele nedenlerden kaynaklanan farklılıktır. Toplam yöneticilik süreleri itibariyle hastane yöneticileri arasında bu araştırmada sorgulanan konularda diğer altı alt boyutta görüş birliğinin olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen motivasyon konusunda farklı görüşler ortaya koydukları görülmektedir. 11 yıl ve üzeri grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu düşünmekteyken, 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticileri DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin motivasyon düzeylerinin daha düşük düzeyde olduğunu düşünmektedir. Bu durum da 0 – 4 yıl grubunda yer alan katılımcı hastane yöneticilerinin konu ile ilgili beklenti düzeylerinin farklı olması ile açıklanabilir.

Ayrıca araştırmamızda bu hipotezlerin yanı sıra cevap aranan sorularla ilgili hastane yöneticilerinin vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda şu sonuca ulaşılmıştır:

S1: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, eleştiriye açık bir biçimde, sağlıklı ve anlaşılır bir iletişim içinde çalıştıkları görüşünde midirler? Hastane yöneticileri, iletişim alt boyutundaki “eleştiriye açıktırlar” ile “Olayları ve düşüncelerini doğru kelimelerle, yazılı ve sözlü olarak, anlaşılır bir şekilde aktarma becerileri vardır.” önermelerine kararsız kalmışlar, “Hastanedeki yazılı ve sözlü iletişim kurallarına uyarlar” ile “Yöneticilerle ve iş arkadaşları ile sağlıklı iletişim kurarlar” önermelerine ise orta düzeyde katılmışlardır. DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iletişim” performanslarının genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle

istihdam edilen personelin olayları ve düşünceleri doğru kelimelerle yazılı ve sözlü olarak ve anlaşılır bir şekilde aktarma becerisine gereği gibi sahip olmadıklarını düşündükleri görülmektedir. Bununla birlikte genel olarak hizmet sektöründe görev yapan tüm personelin iletişim becerilerine sahip olmaları anlamında kendilerini sözlü ve yazılı olarak ve anlaşılır bir şekilde ifade etme gerekliliği söz konusudur ki, sağlık sektörü anlamında değerlendirildiğinde bu gerekliliğin çok daha fazla olması gerektiği söylenebilir. Zira sağlık profesyonelleri hayati önem taşıyan sorumluluklar üstlenmeleri adına, hasta ve/veya hasta yakınları ile diyaloglarında hata yapma şansına sahip olmayan çalışanlardır ve kendisini ifade etme eksikliği içerisinde olan bir sağlık çalışanı, ölümle dahi sonuçlanabilecek sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecektir.

S2: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, etkin bir planlama ile verilen görevleri iş sağlığı ve işçi güvenliği kurallarına uyarak yaptıkları görüşünde midirler? Hastane yöneticileri, planlama ve organize etme becerileri alt boyutundaki “iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda yardımcı olurlar”, “kendilerine verilen iş/görev ile ilgili öncelikleri belirleyebilirler.”, “zamanı ve kaynakları etkin olarak kullanabilirler.”, “takım çalışması gerektiren işlerde arkadaşları ile etkin olarak çalışırlar” ve “kendine düşen görevleri zamanında ve eksiksiz yaparlar” önermelerine orta düzeyde katılmışlardır. DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “planlama ve organize etme becerileri” performanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin planlama ve organize etme becerilerinde sorun yaşamadıklarını düşündükleri görülmektedir.

S3: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, mesleki iş bilgisi ve yeterliklerinin olduğu görüşünde midirler? Hastane yöneticilerinin, mesleki iş bilgisi ve yeterliliği alt boyutundaki “hastanede görevleri ile ilgili karşılaştıkları problemleri kavrarlar, analiz ederler ve problemleri zamanında çözebilirler”, “yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilirler” ve “hizmet içi eğitimlerine katılırlar ve eğitimde öğrendikleri bilgi ve becerileri işlerine uygulayabilirler” önermelerine kararsız kalmışlardır. “Görevlerini sorumluluk duygusu içerisinde gerçekleştirirler”, “görevlerinin gerektirdiği bilgi ve beceriye sahiptirler”, “düzenli çalışma alışkanlığına sahiptirler”, “kendini geliştirmeye açıktırlar”, “görevleri ile ilgili hazırlanan rapor ve dokümanları uygulayabilirler”, “işlerini yapmada iş akışını aksatmazlar” ve “kurum içindeki davranışları ve kıyafetlerine dikkat ederler” önermelerine ise orta düzeyde katılmışlardır. DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” performanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin görevleri ile ilgili problemleri kavramada, analiz etmede ve problemleri zamanında çözmede, yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilmede ve kendilerini

geliştirmede yetersiz kaldıklarını düşündükleri görülmektedir. Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği konusunda olmazsa olmaz olarak nitelendirilebilecek bu özelliklerin DKK yöntemiyle istihdam edilen sağlık profesyonellerinde bulunmamasının büyük bir eksiklik olduğu söylenebilir. Zira belirtilen özellikler sağlık işletmelerinin işleyişlerini gereği gibi yerine getirebilmeleri açısından büyük önem arz eden konulara yöneliktir ve bu konulardaki eksiklikler, sağlık sisteminin büyük oranda aksamasına neden olabilecek niteliktedir.

S4: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, hastanenin misyon, vizyon, amaç, kalite politikasını bildikleri ve kurum kültürünü benimseyip adapte oldukları görüşünde midirler? Hastane yöneticileri, kurumsal bilgi becerileri alt boyutundaki “hastanemizin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilirler”, “bireysel gelişim açısından kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip ederler ve bunları kurumda yaptığı işe adapte ederler” önermelerine kararsız kalmışlar; “hastanemizin kurum kültürünü benimsemişlerdir” önermesine ise orta düzeyde katılmışlardır. DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “kurumsal bilgi becerileri” performanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin hastanenin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilme ve bireysel gelişim açısından kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip etme ve bunları kurumda yaptığı işe adapte etme konusunda yetersiz kaldıklarını düşündükleri görülmektedir.

Bununla birlikte bir kurumun tüm iş ve işleyişlerini gereği gibi yerine getirebilmesi için, mutlaka ki öncelikli olarak kurum personelinin kurumun misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilmesi ya da bilmesinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedendir ki hastane işletmelerinin, çalışanlarının işletmeye yönelik bu hususları bilmelerini sağlamak amacıyla gerekirse eğitim programları düzenlemek adına hareket etmesi yerinde olacaktır.

S5: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, motivasyonlarının düşük olduğu görüşünde midirler? DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin genel olarak motivasyon düzeylerinin düşük olduğu hastane yöneticileri tarafından belirtilmiştir. Hastane yöneticilerinin, motivasyon alt boyutundaki “hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar”, “görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır”, “hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır”, “kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar”, “eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir”, “yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir” ve “işlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar” önermelerine kararsız kalmışlardır. “Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler” önermesine ise orta düzeyde katılmışlardır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle

istihdam edilen personelin iş güvencesine sahip olmasının motivasyon düzeyini artıran bir etmen olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde de çalışanların iş güvencesine sahip olmalarının; motivasyon, iş tatmini, örgütsel bağlılık ve örgütsel sadakat düzeylerini artırdığı ve işe devamsızlık düzeylerini azalttığı söylenebilir.

S6: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, iş disiplini ve iş etiğine uygun çalıştıkları görüşünde midirler? Hastane yöneticileri, iş disiplini ve etiği alt boyutundaki “fazla mesai yapılması gereken durumlarda, istekle çalışırlar” önermesine kararsız kalmışlardır. “Mesai saatlerine dikkat ederler ve işe devamsızlık yapmazlar”, “nöbet teslim alma – verme talimatlarına uygun çalışırlar”, “hastanenin belirlemiş olduğu disiplin kurallarına uyarlar”, “iş ve meslek etiğine sahiptirler”, “ekip çalışmasına yatkınlar”, “iş ortamı içinde çalışanların huzurunu bozacak davranışlarda bulunmazlar”, “hastanenin demirbaşlarını, sarf malzemeleri ile diğer cihaz ve aletlerini etkin ve verimli kullanırlar”, “ast ve üst iletişimine, hiyerarşik yapıya ve emir komuta birliğine uygun davranırlar” ve “hastanedeki hijyen kurallarına uyarlar” önermelerine ise orta düzeyde katılmışlardır. DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş disiplini ve etiği” performanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin fazla mesai yapmak durumunda kaldıklarında isteksiz olduklarını düşündükleri görülmektedir.

Bununla birlikte sağlık işletmelerinde mesai kavramının çok fazla geçerlilik taşmadığı ya da mesai saatlerinin dışında çalışma gerekliliğinin de çok fazla gündeme gelebildiği işletmelerde, personelin prososyal davranışlara daha fazla sahip bireylerden seçilmesine zen gösterilmesi gerektiği söylenebilir.

S7: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, hasta / yakınları ve diğer çalışanlarla sağlıklı, düzgün ve etik kurallara uygun ilişkiler kurdukları görüşünde midirler? Hastane yöneticileri, hasta / yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler alt boyutundaki “hastalara ve hastane çalışanlarına karşı, iş ciddiyetiyle (profesyonel) ve güler yüzle yaklaşırlar”, “hastaların ve hastane çalışanlarının karşılaştıkları problemleri, ilgili bölümlere birimlere iletebilirler”, “hasta mahremiyetine zen gösterirler”, “hastalar ve hasta yakınları ile doğru iletişim kurmaya dikkat ederler”, “tüm hastalara eşit davranırlar ve saygı gösterirler” ve “hasta ve hasta yakınlarına hastane içinde gerekli yönlendirmeleri yaparak, doğru bilgi verirler” önermelerine orta düzeyde katılmışlardır. DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “hasta / yakınları ve diğer çalışanlarla” performanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin olması gerektiği şekilde hasta yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkilerinde başarılı olduklarını düşündükleri görülmektedir.

S8: Hastane yöneticileri, DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin, kaliteli iş yaptıkları ve yaptıkları işleri zamanında ve tam olarak tamamladıkları görüşünde midirler? Hastane yöneticileri, iş kalitesi ve hedeflere ulaşma alt boyutundaki “ayrıntılarda boğulmadan ve ayrıntıları atlamadan, işi gerektiği şekilde sonuçlandırır”, “işle ilgili gerekli raporlamaları ve kayıtları muntazaman tutarak, gerekli şekilde üstlerini ve astlarını bilgilendirirler” ve “yaptıkları işle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri bildirirler” önermelerine orta düzeyde katılmışlardır. DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin “iş kalitesi ve heeflere ulaşma” performanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu belirleme çerçevesinde araştırma kapsamında yer alan katılımcılar bağlamında hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş kalitesini ve hedefleri olması gerektiği gibi gözettiklerini düşündükleri görülmektedir.

Aşağıda hastane yöneticilerinin demografik özelliklerine göre ölçekteki sekiz alt boyutta yer alan ifadelere göre vermiş oldukları yanıtlardan elde edilen bulguların sonuçları verilmiştir.

“İletişim becerileri” alt boyutundaki bulguların sonuçları şöyledir: “Cinsiyet” durumları itibariyle erkek yöneticiler ifadelere katıldıklarını belirtirken, kadın yöneticiler ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir. “Yaş grupları” itibariyle 18 – 30 yaş, 31 – 35 yaş ve 41 yaş ve üzeri gruplarının kararsız, 36 – 40 yaş grubundaki yöneticilerin ise ifadelere katıldıkları görülmektedir. “Eğitim” durumları itibariyle lisans mezunlarının kararsız, diğer eğitim grubundaki yöneticilerin ise ifadelere katıldıkları tespit edilmiştir.

“Meslek” durumları itibariyle işletmeci/sağlık yöneticisi grubunun kararsız, diğer meslek grubundaki yöneticilerin ise ifadelere katıldıkları belirlenmiştir.“Hastanedeki yöneticilik görevi” durumları itibariyle başhekim ve başhekim yardımcılarını ile müdür ve müdür yardımcılarını kararsız olduklarını belirtirken, servis sorumlusu ile diğer grubundaki yöneticilerin ise ifadelere katıldıkları belirlenmiştir.“Hastanedeki yöneticilik süresi” durumları itibariyle tüm yönetici grupların ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir. “Toplam yöneticilik süresi” itibariyle 0-4 yıl grubunda yer alan yöneticiler kararsız, 5 – 10 yıl ve 11 yıl ve üzeri grubundaki yöneticiler ise ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir.

“Planlama ve organize etme becerileri” alt boyutundaki bulguların sonuçları şöyledir: Araştırmaya katılan yöneticilerin cinsiyet durumları itibariyle kadın ve erkek yöneticiler, tüm ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir. “Yaş grupları” itibariyle, 41 yaş ve üzeri gruplarının kararsız, diğer yaş grubundaki yöneticilerin ise ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir.“Eğitim” grubundaki tüm yöneticilerin ifadelerine katıldıkları belirlenmiştir.

“Meslek” durumları itibariyle hekim grubu ile işletmeci/sağlık yöneticisi grubunun kararsız; hemşire/ebe grubu, sağlık teknisyeni/teknikeri grubu ile diğer meslek grubundaki yöneticilerin ise ifadelerine katıldıkları görülmektedir. “Hastanedeki yöneticilik görevi” durumları itibariyle başhekim ve başhekim yardımcılarını ile müdür ve müdür yardımcılarının kararsız; servis sorumlusu ile diğer grubundaki yöneticilerin ise ifadelerine katıldıkları belirlenmiştir. “Hastanedeki yöneticilik süresi” ve“toplam yöneticilik süresi”

durumları itibariyle, yönetici grupların tamamının tüm ifadeler katıldıkları tespit edilmiştir.

“Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” alt boyutundaki bulguların sonuçları şöyledir: “Cinsiyet” durumları itibariyle erkek yöneticiler ifadeler katıldıklarını belirtirken, kadın yöneticiler ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir. “Yaş grupları” itibariyle, 41 yaş ve üzeri grubunun kararsız; diğer yaş gruplarındaki yöneticilerin ise ifadeler katıldıklarını göstermektedir. “Eğitim grupları” itibariyle, tıp, uzman hekim ve diş hekimi grubu ile yüksek lisans ve doktora mezunlarının kararsız; diğer eğitim grubundaki yöneticilerin ise ifadeler katıldıkları tespit edilmiştir.

“Meslek” durumları itibariyle, hekim grubu ile işletmeci/sağlık yöneticisi grubunun kararsız; diğer dört meslek grubundaki yöneticilerin ise ifadeler katıldıkları görülmektedir. “Hastanedeki yöneticilik görevi” durumları itibariyle, başhekim ve başhekim yardımcıları ile müdür ve müdür yardımcılarının kararsız; servis sorumlusu ile diğer grubundaki yöneticilerin ise ifadeler katıldıkları tespit edilmiştir. “Hastanedeki yöneticilik süresi”ndeki tüm grupların ifadeler katıldıkları görülmektedir. “Toplam yöneticilik süresi” durumları itibariyle, 0 – 4 yıl grubundaki yer alan yöneticilerin kararsız oldukları, 5 – 10 yıl ve 11 yıl ve üzeri grubundaki yöneticilerin ise ifadeler katıldıkları tespit edilmiştir.

“Kurumsal bilgi” alt boyutundaki bulguların sonuçları şöyledir: “Cinsiyet” durumları itibariyle erkek yöneticiler ifadeler katıldıklarını belirtirken, kadın yöneticiler ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir. “Yaş grupları” itibariyle “kurumsal bilgi” alt

boyutundaki ifadelere göre farklılık bulunmuştur. Buna göre 41 yaş ve üzeri yaş grubunun en düşük görüşe (orta düzeyde), 36 – 40 yaş grubunun en yüksek (olumlu) görüşe sahip olduğu görülmektedir. “Eğitim”lerine göre tıp, uzman hekim ve diş hekimi grubu ile yüksek lisans ve doktora mezunlarının kararsız; diğer eğitim grubundaki yöneticilerin ise ifadelere katıldıklarını göstermektedir.

“Meslek” durumları itibariyle, hekim grubu, işletmeci/sağlık yöneticisi ve sağlık teknisyeni/teknikeri grubunun kararsız, hemşire/ebe, sağlık teknisyeni/teknikeri ile diğer meslek grubundaki yöneticilerin ise ifadelere katıldıklarını göstermektedir. “Hastanedeki yöneticilik görevi” durumları itibariyle başhekim ve başhekim yardımcıları, müdür ve müdür yardımcıları ile servis sorumlularının kararsız, diğer yönetici grubundaki yöneticilerin ise ifadelere katıldıkları belirlenmiştir. “Hastanedeki yöneticilik süresi”ne göre 0 – 4 yıl grubu ile 5 – 10 yıl grubundaki yer alan yöneticiler kararsız olduklarını; 11 yıl ve üzeri grubundaki yöneticilerin ifadelere katıldıkları tespit edilmiştir. “Toplam yöneticilik görevi” durumları itibariyle “mesleki iş bilgisi ve yeterliliği” konusundaki ifadeler hakkında hastanedeki yöneticilik süresindeki 0 – 4 yıl grubunda yer alan yöneticiler kararsız olduklarını; 5 – 10 yıl ve 11 yıl ve üzeri grubundaki yöneticilerin ifadelere katıldıkları tespit edilmiştir.

“Motivasyon” alt boyutundaki bulguların sonuçları şöyledir: “Cinsiyet” ve “yaş” durumları itibariyle tüm grupların kararsız oldukları tespit edilmiştir. “Eğitim” durumlarına göre, lise grubundaki yöneticilerin ifadelere katıldıklarını; diğer eğitim gruplarındaki yöneticilerin ise motivasyon hakkında kararsız oldukları

belirlenmiştir. “Meslek” durumları itibariyle; diğer meslek grubundaki yöneticilerin ifadelerine katıldıkları; hekim grubu, hemşire/ebe grubu, işletmeci/sağlık yöneticisi ve sağlık teknisyeni/teknikeri gruplarının ise kararsız olduğu görülmektedir. “Hastanedeki yöneticilik görevi” ve “Hastanedeki yöneticilik süresi” durumları itibariyle ifadeler hakkında, tüm grupların kararsız oldukları belirlenmiştir. “Toplam yöneticilik süresi” durumları itibariyle; 0 – 4 yıl ve 11 yıl ve üzeri grubundaki yer alan yöneticilerin kararsız olduklarını; 5 – 10 yıl grubundaki yöneticilerin ise ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir.

“İş disiplini ve etiği” alt boyutundaki bulguların sonuçları şöyledir: “Cinsiyet” ve “yaş” durumları itibariyle tüm grupların ifadelerine katıldıklarını göstermektedir. “Eğitim” durumları itibariyle önlisans, lisans, tıp, uzman hekim ve diş hekimi grubu ile yüksek lisans ve doktora mezunlarının kararsız; lise grubundaki yöneticilerin ise ifadelerine katıldıklarını göstermektedir.

“Meslek” durumları itibariyle, hekim grubunun kararsız, diğer dört meslek grubundaki yöneticilerin ise ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir. “Hastanedeki yöneticilik görevi” durumları itibariyle, başhekim ve başhekim yardımcıları kararsız olduklarını, diğer üç gruptaki yöneticilerin ise bu ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir. “Hastanedeki yöneticilik süresi” durumları itibariyle tüm grupların ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir. “Toplam yöneticilik süresi” durumları itibariyle, 0 – 4 yıl ve 11 yıl ve üzeri grubundaki yer alan yöneticilerin kararsız olduklarını; 5 – 10 yıl grubundaki yöneticilerin ise ifadelerine katıldıkları tespit edilmiştir.

“Hasta /yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler” alt boyutundaki bulguların sonuçları şöyle tespit edilmiştir:“Cinsiyet”, “yaş”, “eğitim” ve “meslek”,“hastanedeki yöneticilik görevi”, “hastanedeki yöneticilik süresi” ve “toplam yöneticilik süresi” itibariyle yöneticilerin tamamı tüm ifadelerle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

“İş kalitesi ve hedeflere ulaşma” alt boyutunda şu sonuçlara ulaşılmıştır: “Cinsiyet” ve “yaş grupları” itibariyle tüm grupların, bütün ifadelerle katıldıkları belirlenmiştir. “Eğitim” durumları itibariyle lisans ve yüksek lisans ve doktora mezunlarının kararsız; lise, önlisans ve tıp, uzman hekim ve diş hekimi grubundaki yöneticilerin ise ifadelerle katıldıkları görülmektedir. “Meslek” durumları itibariyle işletmeci/sağlık yöneticisi grubunun kararsız, diğer dört meslek grubundaki yöneticilerin ise ifadelerle katıldıkları belirlenmiştir. “Hastanedeki yöneticilik görevi” durumları itibariyle başhekim ve başhekim yardımcısı grubunun ifadeler konusunda kararsız, diğer yönetici gruplarının ise ifadelerle katıldıkları tespit edilmiştir. “Hastanedeki yöneticilik süresi” ve “toplam yöneticilik süresi” durumları itibariyle tüm grupların ifadelerle katıldıkları tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda yapılabilecek öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Araştırmamızda, araştırmaya katılan hastane yöneticileri tarafından DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iş motivasyonlarının yüksek olmadığı görüşü belirtilmiştir. Bu nedenle DKK yöntemiyle çalışan personelin özlük ve sosyal haklarını düzenleyen yasal tedbirlerin alınması ve

motivasyonu arttırıcı yönetim sistemlerinin kurulması, DKK yöntemiyle çalışan personelin motivasyonlarını yükseltebilecektir.

- Hastanelerde, insan gücü ihtiyacının belirlenmesi için öncelikle iş analizlerinin yapılarak, iş gerekleri ve iş tanımları oluşturulmalı ve buna bağlı olarak insan gücü planlaması yapılmalıdır. İnsan gücü temini, insan gücü planlamasına dayandırılmalıdır.
- Hastanede çalışan kadrolu personel ile DKK yöntemiyle istihdam edilen personel arasında doğabilecek çatışmalara karşı gerekli düzenlemelerin yapılması ve iletişim becerisinin geliştirilmesi için eğitim çalışmaları yapılmalıdır.
- İş disiplini ve etiği, planlama ve organize etme gibi yönetim konularında DKK personelinin niteliklerini geliştirebilmek amacıyla sürekli hizmet içi eğitimler verilmelidir.
- DKK yöntemiyle çalışan personelin, çalışma arkadaşları, yöneticiler, hasta ve yakınları ile sağlıklı iletişim kurabilmeleri için gerekli eğitim programları düzenlenmeli ve bu etkinlik sürekli hale getirilmelidir.
- DKK yöntemiyle çalışan personelin, istihdam edilmeden önce işe uygun bilgi ve beceriye sahip adaylardan seçilip istihdam edilmesi gerekmektedir.
- DKK yöntemiyle çalışan personele, hastane ortamında öncelikle çalıştıkları birimler başta olmak üzere karşılaşabilecekleri her türlü riske / güvenlik problemine

karşı, gerekli eğitici faaliyetler sürekli verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.

- DKK yöntemiyle çalışan personele, çalıştıkları birimlerde kendilerine verilen iş/görev ile ilgili öncelikleri belirleyebilmeleri ve bu doğrultuda çalışabilmeleri için gerekli eğitim verilmelidir.
- DKK yöntemiyle çalışan personele, yaptıkları işte zamanı ve kaynakları verimli kullanmaları konusunda gerekli eğitim verilmeli ve uygulamalar sürekli yaptırılmalıdır.
- DKK yöntemiyle çalışan personele, takım çalışması gerektiren işlerde arkadaşları ile etkin ve verimli çalışabilmeleri konusunda gerekli eğitim verilmelidir.
- DKK personelinin aidiyet duygularını geliştirmek, yaptıkları işin önemine sahip olmalarını sağlamak için hastanenin misyon, vizyon ve amaçlarının öğretilip, benimsenmesi için çalışmalar yapılmalıdır.
- DKK çalışanlarının fiziki çalışma ortamlarının daha uygun duruma getirilmesi, dinlenme ve kıyafetlerini değiştirebilecekleri odaların verilmesi, onların motivasyonlarını yükseltecektir.
- DKK çalışanlarının yasal izinlerinin kullanılması sağlanmalıdır.
- DKK yöntemiyle çalışan personelin sosyal imkânları (yemek, servis, lojman, kreş vb.) artırılmalıdır.

- Hastanede çalışan kadrolu personel ile DKK yöntemiyle çalışan personele eşit işe eşit ücret ilkesinin uygulanması, DKK yöntemiyle çalışan personelin motivasyonlarını ve hastaneye bağlılıklarını arttıracaktır.
- DKK yöntemiyle çalışan personelin çalışma saatleri iş kanununa uygun olarak düzenlenmeli, fazla mesai yapmaları durumunda hak ettikleri ücret ödenmelidir.
- DKK yöntemiyle çalışan personelin hastanenin misyon, vizyon, amaç ve hedeflerini bilmesini ve anlamasını sağlamak için desteklenmesi adına hareket edilmeli ve gerekirse personel konu ile ilgili eğitimlere tabi tutulmalıdır.
- DKK yöntemiyle çalışan personel mesleki bilgi ve yeterlilik konusunda desteklenmeli ve gerekli görülen durumlarda personel konu ile ilgili eğitimlere tabi tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abdullah, H. (2009). "Major Challenges to the Effective Management of Human Resource Training and Development Activities". *The Journal of International Social Research*, 2(8), Summer, 11 – 25.
- Adnan, A. (2002). "İşletmelerde İnsan Kaynakları Performansını Değerleme Sürecinde Coaching (Özel Rehberlik)". *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 97 – 104.
- Aggarwal, A. & Thakur, G. S. M. (2013). "Techniques of Performance Appraisal – A Review". *International Journal of Engineering and Advanced Technology (IJEAT)*, 2(3), February, 617 – 621.
- Agndal, H. & Nordin, F. (2009). "Consequences of Outsourcing for Organizational Capabilities: Some Experiences from Best Practice". *Benchmarking*, 16(3), 316 – 334.
- Aguinis, H. (2011). *Performance Management*. Edinburgh: Edinburgh Business School Heriot – Watt University, 1 – 2.
- Ağca, V. ve Tunçer, E. (2006). "Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması". *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(1), 173 – 194.
- Ağırbaş, İ. (1993). *Hastanelerde Maliyet – Performans Analizi ve TCDD Ankara Hastanesinde Bir Uygulama*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 65.
- Ak, B. (1987). *Hastane Yöneticiliği*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, 51.
- Ak, B. (2010). *Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Özkan Matbaası, 6, 75, 76, 77, 81.
- Akalp, G. (2003). "İnsan Kaynakları Yönetiminde Ücret Sistemine Genel Bakış". *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 5(1), 21 – 27.
- Akar, Ç. ve Özalp, H. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara: Somgür Yayıncılık, 20.

- Akbulut, Y., Terekli, G. ve Yıldırım, T. (2012). "Outsourcing in Turkish Hospitals: A Systematic Review". *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(2), 25 – 33.
- Akgün, A. (2008). *Kamu Kesiminde Personel Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 23.
- Akgün, H. S. ve Öztürk, A. (2002). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini". *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 6(2), 102 – 117.
- Akın, Ö. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan: KOBİ'ler Üzerine Bir İnceleme – Yöneticiler İçin*. Bursa: Ezgi Kitabevi, 98.
- Akgül, B. A. (2003). "İç Denetim ve Outsourcing". *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 17(1), 45 – 47.
- Akkılıç, M. E. (2002). "Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Uygulama". *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 203 – 218.
- Akşit, F. (2006). "Performans Değerlendirmeye İlişkin Öğretmen Görüşleri: Bigadiç İlköğretim Öğretmenleri Örneği". *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2, 76 – 101.
- Aktel, M. (2006). *Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi*. İstanbul: Asil Yayınları, 121.
- Akyürek, Ç. E. (2014). "Hastaneler ve Dış Kaynaklardan Yararlanma: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi". *8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı: 10 – 12 Eylül 2014*. Girne: Lefke Avrupa Üniversitesi Yayınları, 146.
- Al – Khachroum, M. M. & Kennawi, W. (2010). "Readiness of Organizations for Outsourcing the Human Resources Activities (Applied at Industrial Organizations in the City of Aleppo)". *Journal of Academic Researches and Studies*, 2(3), November, 16 – 34.
- Alpugan, O. (1995). "Hastanelerde Verimlilik Sorunu ve Kimi Öneriler". *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*. Derleyen: Seçim, H., Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 143, 145.
- Amponsah – Tawiah, K. W. & Dartey – Baah, K. (2011). "Occupational Health and Safety: Key Issues and Concerns in Ghana". *International Journal of Business and Social Science*, 2(14), 119 – 126.

- Antonietti, R. & Cainelli, G. (2007). "Production Outsourcing, Organizational Governance and Firm's Technological Performance: Evidence from Italy". *Knowledge, Technology, Human Capital (KTHC)*, May, 1 – 29.
- Ararat, M. ve Yurtoğlu, B. (2006). "Yönetişim ve Küresel Rekabet". *Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Mart – Ekim Dönemi, 41 – 52.
- Aris, S. R. H. S., Arshad, N. H. & Mohamed, A. (2008). "Conceptual Framework on Risk Management in IT Outsourcing Projects". *Faculty of Information Technology and Quantitative Science (FTMSK)*, 4(5), 816 – 831.
- Armstrong, M. (2006). *Strategic Human Resource Management*. London and Philadelphia: Kogan Page, 3.
- Armstrong, M. (2006/a). *A Handbook of Human Resource Management Practice*. London and Philadelphia: Kogan Page, 19.
- Arnold, U. (2000). "New Dimensions of Outsourcing: A Combination of transaction Cost Economics and the Core Competencies Concept". *European Journal Of Purchasing & Supply Management*, 6, 17 – 28.
- Arslantürk, Y. (2009). "Dört ve Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Performans Değerlendirme: Ankara İli Örneği". *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 19 – 34.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, M. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 55 – 71.
- Ataay, İ. D. (2010). *İş Değerleme ve Başarı Değerleme Yöntemleri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, Yayın No: 235, 99.
- Ataman, G. (2004). "İnsan Kaynakları Fonksiyonunda Dış Kaynaklardan Yararlanma / Yararlanmama Kararı: Akaryakıt Dağıtım Sektöründe Bir Örnek Olay". *Öneri: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(21), Ocak Dönemi, 13 – 21.
- Athanassopoulos, A. & Chrysostomos, G. (2001). "Assessing the Technical and Allocative Efficiency of Hospital Operations in Greece and its Resource Allocation Implications". *European Journal of Operational Research*, 133(2), 416 – 431.

- Aytaç, A. (2003). “360 Derece Performans Değerlendirme”. *Bilim ve Aklın Işığında Eğitim Dergisi*,4(41), 77 – 86.
- Aykaç, B. (2009). *İnsan Kaynakları Yönetimi ve İKY'nin Stratejik Planlaması*. Ankara: Nobel Yayınevi, 39.
- Bailey, W. J., Mason, R. & Raeside, R. (2002). “Outsourcing in Edinburgh and the Lothains”. *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 8, 83 – 95.
- Bakan, İ., Eyitmiş, A. M. ve Demir, B. (2011). “Tekstil İşletmelerinde Yönetici Adayları İçin Performans Değerleme Sistemi Kurulmasına Yönelik Bir Çalışma”. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,8(16), 1 – 32.
- Bakan, İ., Fettahlıoğlu, H. S. ve Eyitmiş, M. (2012). “Türkiye’de Dış Kaynak Kullanımında Tedarikçi Seçim Kriterleri ve Sözleşme Şartlarında Dikkat Edilen Hususlar”. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(12), 141 – 161.
- Ballı, S., Uğur, A. ve Korukoğlu, S. (2009). “İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme İçin Bir Bulanık Uzman Sistem Gerçekleştirimi”. *Ege Akademik Bakış Dergisi*,9(2), 837 – 850.
- Bandaranayake, D. (2001). “Assessing Performance Management of Human Resources for Health in South – East Asian Countries: Aspects of Quality and Outcome”. *Workshop on Global Health Workforce Strategy Annecy: France / 9 – 12 December 2000*, Geneva – Switzerland: World Health Organization Department of Organization of Health Services Delivery.
- Baradari, M. (2014). “Develop the Strategic Outsourcing with Consideration of Core Competency Criteria Independence”. *Journal of Advanced Management Science*, January, 4(1), 57 – 60.
- Bartel, A. (2004). “Human Resources Management and Organizational Performance: Evidence form Retail Banking”. *Industrial and Labour Relations Review*, January, 57(2), 181 – 203.
- Barutçugil, İ. (2010). *Performans Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayınevi, 121, 123, 124, 136, 139, 147, 153, 171.
- Başaran, İ. E. (2008). *Örgütsel Davranış: İnsanın Üretim Gücü*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 179.

- Baştürk, C. (2003). “İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi”. *Active Dergisi*, 28, 131 – 139.
- Bayraktaroğlu, S. (2006). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Sakarya: Sakarya Kitabevi, 10, 225.
- Bayraktutan, Y. ve Pehlivanoglu, F. (2012). “Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği”. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 127 – 162.
- Becker, B. & Gerhart, B. (1996). “The Impact of Human Resource Management and Organizational Performance: Progress and Prospects”. *Academy of Management Journal*, 38(4), 779 – 801.
- Bektaş, Ç. ve Yılmaz, H. (2006). “İşletmelerde Enformasyon Teknolojisi Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı”. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 180 – 196.
- Beyan, T. ve Beyan, O. D. (2011). “Kaliteli Tıbbi Bakım İçin Sağlık Malzemeleri Tedarik Zincirinde Bilişim Teknolojilerine Dayalı Dönüşüm: Genel Bir Çerçeve Önerisi”. *Researchgate*, 53, 1 – 15.
- Bingöl, D. (2007). *Personel Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınevi, 171, 179, 180.
- Bloom, N. & Van Reenen, J. (2010). *Human Resource Management and Productivity*. NBER Working Paper Series, Working Paper: 16019, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Bogdana, P. I., Felicia, A. & Delia, B. (2009). “The Role of Business Intelligence in Business Performance Management”. *Management and Marketing*, 4(220), 1025 – 1029.
- Bontis, N. & Sorenko, A. (2007). “The Moderating Role of Human Capital Management Practices On Employee Capabilities”. *Journal of Knowledge Management*, 11(3), 31 – 51.
- Boohene, R. & Asuinura, E. L. (2011). “The Effect of Human Resource Management Practices on Corporate Performance: A Study of Graphic Communications Group Limited”. *International Business Research*, 4(1) January, 266 – 272.
- Boşcor, D. & Băltescu, C. (2014). “Romania’s Competitive Advantages on the Global Outsourcing Market”. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov*, Series V: Economic Sciences, 7 (56 – 1), 149 – 154.
- Boxall, P., Purcell, J. & Wright, P. (2007). *The Oxford Handbook of Human Resource Management*. New York: Oxford University Press, 48.

- Buğra, A. (2003). *State and Business in Modern Turkey A Comparative Studies*. Çeviren: Adaman, F., İstanbul: İletişim Yayınları, 44.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253 – 275.
- Canman, D. (1995). *Çağdaş Personel Yönetimi*. Ankara: Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Yayınları, 89, 101, 261.
- Chaudhuri, A. (2013). *Performance Management for Human Resources Development in India*. Swasti: Health Resource Center.
- Chen, J. & Guo, Z. (2014). “Strategic Sourcing in the Presence of Uncertain Supply and Retail Competition”. *Production and Operations Management*, 23(10), 1748 – 1760.
- Christina, A. (2013). “Human Resource Outsourcing: A Boon or Bane”. *National Monthly Refereed Journal of Research in Commerce & Management*, 2(4), 142 – 148.
- Chuah, K. H. & Yingling, J. C. (2005). “Routing for a Just – in – Time Supply Pickup And Delivery System”. *Transportation Science*, 39(3), 328 – 339.
- Cintrón, R. & Flaniken, F. (2012). “Performance Appraisal: A Supervision or Leadership Tool?”. *International Journal of Business and Social Science*, 2(17), 29 – 37.
- Colonna, J. & McFau, W. (2004). “Hospitals Reconsider Outsourcing Key Support and Clinical Departments”. *Health Care Strategic Management*, 22(7), 11 – 4.
- Coşkun, R. (2002). “Öz Yetkinliklere Odaklanma Stratejisi Olarak Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing)”. *Stratejik Boyutuyla Modern Yönetim Yaklaşımları*. Derleyenler: Dalay, İ., Coşkun, R. ve Altunışık, R., İstanbul: Beta Yayınları, 202, 203.
- Cox, M., Roberts, M. & Walton, J. (2011). “IT Outsourcing in the Public Sector: Experiences Form Local Government”. *Electronic Journal Information Systems Evaluation*, 14(2), 193 – 203.
- Crow, G. B. & Muthuswamy, V. (2013). “International Outsourcing in the Information Technology Industry: Trends and Implications”. *Communications of the International Information Management Association*, 3(1), 25 – 34.

- Cullen, S., Seddon, P. & Willcocks, L. P. (2006). "Managing Outsourcing: The Lifecycle Imperative". *Department of Information Systems London School of Economics and Political Science Working Papers Series*, February, 139, 1 – 25.
- Çakırer, M. A. (2002). *Devlet Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Yönteminin Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 51.
- Çoban, O. ve Tutkun, O. (2004). "Firmaların Piyasa Performansının Artırılmasında Bir Strateji Olarak Outsourcing'in Rolü". *Outsourcing Dergisi*, Aralık – Ocak Dönemi, 36 – 40.
- Dalbay, Ö. ve Biçer, İ. H. (2012). "Bir Kamu Hastanesinde ISO – 9002:1994 Kalite Güvence Yönetimi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti ve Bazı Performans Göstergelerine Etkisi". *İstanbul Teknik Üniversitesi (İTÜ) Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 11 – 19.
- Dalgıç, K. (2007). *Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Türk Silahlı Kuvvetleri'nde (TSK) Dış Kaynak Kullanımı Uygulamaları: TSK ve Dünya Ordularında Bir Karşılaştırmalı Bir Araştırma*. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 3.
- Dar, A. T., Bashir, M., Ghazanfar, F. & Abrar, M. (2014). "Mediating Role of Employee Motivation in Relationship to Post – Selection HRM Practices and Organizational Performance". *International Review of Management and Marketing*, 4(3), 224 – 238.
- Demirbilek, S. ve Çolak, M. (2008). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği". *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sonbahar Dönemi, 2, 91 – 111.
- Demo, G., Neiva, E. R., Nunes, I. & Rozzett, K. (2012). "Human Resources Management Policies and Practices Scale (HRMPPS): Exploratory and Confirmatory Factor Analysis". *BAR Journal*, October – December, 9(4), 395 – 420.
- De Silva, S. R. (2014). *Human Resource Management, Industrial Relations and Achieving Management Objectives*. Bangkok: International Labour Organisation ACT/EMP Publications, 3.

- Dhar, S. & Balakrishnan, B. (2006). "Risks, Benefits, and Challenges in Global IT Outsourcing: Perspectives and Practices". *Journal of Global Information Management*, 14(3), 39 – 69.
- Domsch, M. E. & Hristozoba, E. (2006). *Human Resource Management in Consulting Firms*. Hamburg: Springer, 3.
- Döğücü, Ş. ve Sayım, F. (2009). "Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Kocaeli Örneği". *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı: 19 – 21 Mart 2009*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Yayınları, 66, 67.
- Dussault, G. & Dubois, C. A. (2004). "Human Resources for Health Policies: A Critical Component in Health Policies". *HNP Discussion Paper*, September, Washington: The World Bank.
- Dweiri, F. T. & Kablan, M. M. (2006). "Using Fuzzy Decision Making for the Evaluation of the Project Management Internal Efficiency". *Decision Support Systems*, 42(2), 712 – 726.
- Ecerkale, K. ve Kovancı, A. (2005). "İnsan Kaynaklarında Dış Kaynak Kullanımı". *Havacılık ve Uzay Teknolojileri Dergisi*, Temmuz Dönemi, 2(2), 69 – 75.
- Ecerkale, K. (2006). "Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı". *Journal of Istanbul Kültür University*, 3, 31 – 41.
- Eckerson, W. W. (2009). *Performance Management Strategies: How to Create and Deploy Effective Metrics*. First Quarter – 2009: TDWI Best Practices Report, Warehousing: The Data Warehousing Institute.
- Ekin, A., Yanık, A. ve Kıyak, M. (2012). "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dışardan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1), 1 – 23.
- Elarabi, H. M. & Johari, F. (2014). "The Impact of Human Resources Management on Healthcare Quality". *Asian Journal of Management Sciences & Education*, January, 3(1), 1 – 10.
- Erdoğan, N. (2003). *Kariyer Yönetimi: Kuram ve Uygulama*. Ankara: Nobel Yayınevi, 101.
- Ergin, G. ve Şahin, İ. (2005). "Dış Kaynaktan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri: Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Araştırma". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 51 – 70.

- Eriş, E. D. ve İpekçil – Dogan, Ö. (2000). “Stratejik Toplam Kalite Yönetimi (STKY)”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 110 – 125.
- Ersen, H. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi*. İstanbul:Alfa Yayınevi, 113.
- Ersoy, K. (1993). “Hastanelerde Kalite Kontrolü”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Nisan Sayısı, 68.
- Felea, M. (2011). “Outsourcing Logistics Activities”. *Supply Chain Management Journal*,2(1), 48 – 56.
- Ferreira, M. P., Armagan, S. & Li, D. (2007). “Vertical integration for Full Outsourcing: Growth and Internationalization of a Portuguese Packaging Firm”. *globADVANTAGE: Center of Research in International Business & Strategy Wrking Paper*, September, 1 – 29.
- Fındıkçı, İ. (2009). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınevi, 138, 161, 297, 338, 339.
- Filizöz, B. (2003). “İnsan Kaynakları Yönetiminde Uluslararası Yaklaşım Gerekliliği”. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(1), 161 – 180.
- Fossati, R. (2012). “Outsourcing versus Vertical Integration: A Dynamic Model of Industry Equilibrium”. *Department of Economics University of Bristol Working Papers*,September, 1 – 54.
- Garbarino, S. & Holland, J. (2009). *Quantitative and Qualitative Methods in Impact Evaluation and Measuring Results*. Issues Paper, This Issues Paper was commissioned by the UK Department for International Development (DFID) through the Emerging Issues Research Service of the Governance and Social Development Resource Centre (GSDRC). The service addresses emerging priority agendas of concern to the international development community. For more information see www.gsdr.org.
- Gormley, W. & McCaffery, J. (2013). “Human Resources for Health Professional Development at the District Level: Recommendations Based on the Ugandan Experience”. *Human Resources for Health Professional Development at the District Level*,February, 1 – 13.
- Gorsuch, R. L. (1974). *Factor Analysis*. Philadelphia: W. B. Saunders.Co

- Gökdere, H. (2000). *Bilgi Sistemlerinde Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Başarısını Etkileyen Faktörler (Bankacılık Sektöründe Bir Alan Araştırması)*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 71.
- Gözüküçük, M. ve Çelik, Y. (2012). “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(2), 1 – 25.
- Grossman, G. M. (2005). “Outsourcing in a Global Economy”. *Review of Economic Studies*, 72, 135 – 159.
- Guimarães, C. M. & de Carvalho, J. C. (2011). “Outsourcing in the Healthcare Sector – A State – of – the – Art Review”. *Supply Chain Forum an International Journal*, 12(1), 140 – 148.
- Gülen, K. M. (2007). “Supplier Selection and Outsourcing Strategies in Supply Chain Management”. *Journal of Aeronautics and Space Technologies*, June, 3(2), 1 – 6.
- Gümüş, M. (2012). *Yönetimde Başarı İçin Altın Kurallar*. İstanbul: Alfa Yayınevi, 254.
- Gümüşay – Şahin, A. ve Berberoğlu, N. (2011). “Lojistik Outsourcing Karar Süreci ve 3PL Firma Seçim Kriterleri”. *AJIT – e: Online Academic Journal of Information Technology*, Güz Dönemi, 2(5), 33 – 50.
- Güngör, M. (2007). *Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing): Kahramanmaraş’taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması*. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 47.
- Gürbüz, S. ve Dikmenli, O. (2007). “Performance Appraisal Biases in a Public Organization: An Emprical Study”. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(1), 108 – 138.
- Hahn, S., Müller, M. & Needham, I. (2010). “Factors Associated with Patient and Visitor Violence Experienced by Nurses in General Hospitals in Switzerland: A Cross – Sectional Survey”. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3535 – 3546.
- Hamel, G. & Prahalad, C. K. (1990). “The Core Competence of the Corporation”, *Harvard Business Review*, 58(7), May – June, 79 – 91.

- Han, K. & Mithas, S. (2013). "Information Technology Outsourcing and Non - it Operating Costs: An Empirical Investigation". *MIS Quarterly*, March, 37(1), 315 – 331.
- Haslinda, A. (2009). "Evolving Terms of Human Resource Management and Development". *The Journal of International Social Research*,2(9), Fall, 180 – 186.
- Haston, R. (2014). "Are There Significant Differences in Approach between Personnel Management and Human Resource Management to be Found in the Literature On This Subject? A Review of Key Literature from a New Starter in the HR Profession". *International Journal of Applied HRM*, 3(1), 1 – 10.
- Helvacı, M. A. (2002). "Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi". *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1 – 2), 155 – 170.
- Hila, C. M. & Dumitraşcu, O. (2014). "Outsourcing within a Supply Chain Management Framework". *Proceedings of the 8th International Management Conference – Management Challenges for Sustainable Development: November 6th – 7th 2014*, Romania: Lucian Blaga University, 328 – 336.
- "Hizmet Satın Alımı İle İlgili Danıştay Kararı". (2015). *Türk Tabipleri Birliği Resmi İnternet Sitesi*, http://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/danistay_karari_hizmet_alimi.pdf, Erişim: 15.01.2015.
- Holcomb, T. R. & Hitt, M. A. (2007). "Toward a Model of Strategic Outsourcing". *Journal of Operations Management*, 25, 464 – 481.
- Human Resource for Health Action Framework (HAF): Guide to Develop and Implement Strategies to Achieve an Effective and Sustainable Health Workforce*. (2009). Cambridge: World Health Organization (WHO).
- Işığınçok, E. (2008). "Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi". *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,12, 1 – 17.
- Işık, O. (2013). "Sağlık Kurumlarında Kalitenin Ölçülmesi". *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*. Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları, 65.
- Iqbal, Z. & Dad, A. M. (2013). "Outsourcing: A Review of Trends, Winners & Losers and Future Directions". *International Journal*

- of Business and Social Science*, 4(8), Special Issue – July, 91 – 107.
- İşçi, E. (2004). *Hastanelerin Yönetiminde Dış Kaynak Kullanımının Önemi ve İstanbul İlinde Bir Uygulama*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Organizasyon Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 83.
- İtika, J. S. (2011). *Fundamentals of Human Resource Management: Emerging Experiences from Africa*. Mzumbé: African Studies Centre.
- Jacobson, T. (2004). *IT Outsourcing in US Hospitals: Potential Benefits and Risks*. Oregon: Applied Information Management and the Graduate School of the University of Oregon in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Science, 21.
- Jafari, M., Bourouni, A. & Amiri, R. H. (2009). “A New Framework for Selection of the Best Performance Appraisal Method”. *European Journal of Social Sciences*, 7(3), 92 – 100.
- Jane, M. E. A. & Dipboye, R. L. (2004). “Leveraging Diversity to Improve Business Performance: Research Findings and Recommendations for Organizations”. *Human Resource Management*, Winter, 43(4), 409 – 424.
- Jansen, E. P. (2004). “Performance Measurement In Governmental Organizations: A Contingent Approach To Measurement And Management Control”. *Managerial Finance*, 30(8), 54 – 56.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A. & Leduc, R. (2006). “The Importance of Human Resources Management in Health Care: A Global Context”. *Human Resources for Health*, 4(20), 1 – 17.
- Kakabadse, A. & Kakabadse, N. (2002). “Trends in Outsourcing: Contrasting USA and Europe”. *Journal of European Management*, 20(2), 189 – 195.
- Kaplan, A. (2001). “Sağlığın Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşünceler”. *Yeni Türkiye Dergisi*, 40, 1527 – 1539.
- Karaçor, S. ve Arkan, A. (2014). “Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta / Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma”. *Selçuk İletişim Dergisi*, 8(2), 90 – 118.
- “Kamu İhale Kurumu – Mevzuat”. (2015). *Kamu İhale Kurumu Resmi İnternet Sitesi*, <http://www.ihale.gov.tr/>, 15.02.2015.

- Karahan, A. (2009). "Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma)". *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(21), Haziran Dönemi, 185 – 199.
- Kateşina, V., Andrea, S. & Gabriela, K. (2013). "Identification of Employee Performance Appraisal Methods in Agricultural Organizations". *Journal of Competitiveness*, June, 5(2), 20 – 36.
- Kavas, A. ve Güdüm, G. (1994). "Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması". *Dokuz Eylül Üniversitesi 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı: 4 – 7 Mayıs 1994*, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 224.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları, 31.
- Kaymaz, K. (2009). *Performans Değerleme ve Çalışan Verimliliği: Performansta Geribildirim*. İstanbul: Dora Yayınevi, 9, 53, 57, 79.
- Keenan, T. (2011). *Human Resource Management*. Edinburgh: Edinburgh Business School Heriot – Watt University, 5.
- Khatri, N., Wells, J., McKune, J. & Brewer, M. (2006). "Strategic Human Resource Management Issues in Hospitals: A Study of a University and a Community Hospital". *Hospital Topics*, 84(4), 9 – 20.
- Klaus, M. (2006). "Outsourcing Vital Operations: What if U.S. Health Care Costs Drive Patients Overseas for Surgery?". *Quinnipiac Health Law*, 13(9), 219 – 247.
- Kooymans, R. (2000). "The Outsourcing of Corporate Real Estate Management – How do Corporate Real Estate Units and Outsource Service Providers View Each Other and the Management Issues". *Sixth Annual Pacific – Rim Real Estate Society Conference Sydney – New South Wales: 24 – 27 January 2000*. Australia: Centre for Land Economics and Real Estate Research (CLEARER) School of International Business University of South Australia, 1 – 14.
- Kömürcü, N. (2006). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 40, 42, 43, 44.
- Kremic, T., Icmeli – Tukel, O. & Rom, W. O. (2006). "Outsourcing Decision Support: A Survey of Benefits, Risks, and Decision

- Factors". *Supply Chain Management: An International Journal*, 11(6), 467 – 482.
- Kumar, P. & Khan, A. M. (2013). "Human Resource Management in Primary Health Care System". *Health and Population: Perspectives and Issues*, 36 (1 & 2), 66 – 76.
- Liu, Z. & Nagurney, A. (2010). "Supply Chain Outsourcing Under Exchange Rate Risk and Competition". *Omega*, 39, 539 – 549.
- Lonsdale, C. & Cox, A. (2000). "The Historical Development of Outsourcing: The Latest Fad?". *Industrial Management & Data Systems*, 100(9), 45 – 52.
- Lorence, D. P. & Spink, A. (2004). "Healthcare Information Systems Outsourcing". *Science Direct*, April, 24(2), 131 – 145.
- Lunenburg, F. C. (2012). "Performance Appraisal: Methods and Rating Errors". *International Journal of Scholarly Academic Intellectual Diversity*, 14(1), 1 – 9.
- MacCormack, A., Forbath, T., Brooks, P. & Kalaher, P. (2007). "From Outsourcing to Global Collaboration: New Ways to Build Competitiveness". *Harvard Business School Achieving Innovation through Global Collaboration: A New Source of Competitive Advantage*, HBS Working Paper: 7(79), 1 – 20.
- Mahesh, M. & Lee, J. (2003). "Performance Appraisal Methods in Manufacturing Industries – Review and Suggestions". <http://www.sbaer.uca.edu/research/swdsi/2003/Papers/089.pdf>, Erişim: 20.12.2014.
- Mantiuk, R. F., Tomaszewska, A. & Mantiuk, R. (2012). "Comparison of Four Subjective Methods for Image Quality Assessment". *Computer Graphics Forum*, 31(8), 2478 – 2491.
- Manzin, M. & Kodric, B. (2010). "The Influence of Outsourcing and Information and Communication Technology on Virtualization of the Company". *Managing Global Transitions*, 7(1), 45 – 60.
- Markusen, J. R. & Xie, Y. (2013). "Outsourcing versus Vertical Integration: Ethier – Markusen Meets the Property – Rights Approach". *International Journal of Economic Theory*, September, 75 – 90.
- Marsden, P., Caffrey, M. & McCaffery, J. (2013). *Human Resources Management Assessment Approach*. Washington: USAID.
- Martinez, J. (2001). *Assessing Quality, Outcome and Performance Management*. Workshop on Global Health Workforce Strategy Ancey: France / 9 – 12 December 2000, Geneva – Switzerland:

- World Health Organization Department of Organization of Health Services Delivery.
- Martinez, J. & Martineau, T. (2002). *Human Resources in the Health Sector: An International Perspective*. London: DFID Health Systems Resource Centre, 14.
- Menderes, M. (1995). “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”. *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*. Derleyen: Seçim, H., Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 317.
- Mersin, D. N. (2003). “Lojistikte Dış Kaynak Kullanımı, Yararları ve Dikkat Edilmesi Gerekli Noktalar”. *International Logistics Congress, Proceedings: June 30 – July 01 2003*. İstanbul: İhracatı Geliştirme Merkezi (İGEME) Yayınları, 93.
- Miller, E. C. & Thornton, L. C. (2006). “How Accurate are Your Performance Appraisals”. *Public Personnel Management*, Summer, 35(2), 153 – 163.
- Mishra, A. & Akman, İ. (2010). “Information Technology in Human Resource Management: An Empirical Assessment”. *Public Personnel Management*, 39(3), Fall, 243 – 262.
- Mitra, R. M. (2013). “The Information Technology and Business Process Outsourcing Industry: Diversity and Challenges in Asia”. *Asian Development Bank (ADB) Economics Working Paper Series*, September, 365, 1 – 37.
- Mohammad – Taşkiran, G. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 71.
- Mollahaliloglu, S., Gürsöz, H., Ari, H. O. & Öncül, H. G. (2010). *Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 19.
- Momme, J. (2002). “Framework for Outsourcing Manufacturing: Strategic and Operational Implications”. *Computers in Industry*, 49(1), 59 – 75.
- Mukherjee, D., Gaur, A. S. & Datta, A. (2013). “Creating Value Through Offshore Outsourcing: An Integrative Framework”. *Journal of International Management*, March, 1 – 13.

- Mura, L. (2012). "Performance of Human Resource Management in an Internationally Operating Company". *Serbian Journal of Management*, 7(1), 115 – 129.
- Nahar, N. & Kuivanen, L. (2010). "An Integrative Conceptual Model of Vietnam as an Emerging Destination for Offshore Outsourcing of Software Development for Finnish Companies". *International Information Management Association*, June, 39 – 74.
- Necochea, E., Badlani, M. & Bossemeyer, D. (2013). *Systemic Management of Human Resources for Health: An Introduction for Health Managers*. Maryland: Jhpiego Coporaiton, 34.
- Nemli – Çalışkan, E. (2010). "The Impact of Strategic Human Resource Management on Organizational Performance". *Journal of Naval Science and Engineering*, 6(2), 100 – 116.
- Nickols, F. (2007). "Performance Appraisal: Weighed and Found Wanting in the Balance". *Journal for Quality & Participation*, 30(1), 13 – 16.
- Nickson, D. (2007). *Human Resource Management for the Hospitality and Tourism Industries*. Burlington: Elsevier Press, 26.
- Niskanen, S. (2013). *Outsourcing Decision – Making in Mining Industry*. Finland: Oulu Business School Master's Thesis Department of Marketing, 32.
- Nisto, D. L. (2012). "A New Methodology for Job Evaluation – Assessment by Tasks". *Management & Marketing: Challenges for the Knowledge Society*, 7(1), 165 – 194.
- Norouzi, S., Sepasi, H. & Nourbakhsh, P. (2013). "The Relationships of Human Resources Management, Motivational Skill and Turnover". *Archives of Applied Science Research*, 5(1), 295 – 300.
- Ofluoğlu, G. ve Doğan, Ş. (2009). "İşletmelerde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yönteminin Organizasyon Yapısı İle Çalışma İlişkilerine Etkileri". *Kamu – İş Dergisi*, 11(1), 139 – 165.
- O'Riordan, A. & Sweeney, E. (2007). "An Investigation into Outsourcing Practice in Ireland: A New Direction in Logistics and Supply Chain Management". *European Transport*, 35, 64 – 80.
- Oza, A. & Hill, K. L. (2007). "Outsourcing to India: Advantage or Disadvantage?". *Proceedings of the Academy of Information and Management Sciences*, 11(1), 15 – 20.

- Öğüt, A. (2012). *Bilgi Çağında Yönetim*. Ankara: Nobel Yayınevi, 33.
- Özbay, T. (2004). *Sorularla Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing)*. İstanbul: İTO Yayınları, 6, 27.
- Özcan, C. (2007). *Devlet Hastanelerinde TKY'nin Uygulanabilirliği, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 31.
- Özcan, C. ve Genç, M. (2008). *Türk Sağlık Mevzuatı: Sağlıkla İlgili Tüm Kanun, Kanun Hükmünde Kararname, Tüzük ve Yönetmeliklerin İncelenmesi ve Özetleri*. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları, 14.
- Özdemir, H. Ö. (2010). “Kamu Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanma Outsourcing: Kafkas Üniversitesi Örneği”. *Kırgızistan İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi Türk Dünyası Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E – Dergisi*, 20, Nisan – Mayıs – Haziran, 1 – 16.
- Özdemir, S. S., Polat, E. ve Özdemir, M. (2015). “Kamu Sektöründe Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi: Dünyadan ve Türkiye’den Örnekler”. *Meriç Uluslararası Sosyal ve Kültürel Araştırma Dergisi*, Ocak – Şubat – Mart Dönemi, 1(1), 1 – 11.
- Özdoğan, O. N. (2006). *Otel İşletmeleri Faaliyet Alanları Açısından Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Finansal Performans Üzerine Etkileri*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, 142.
- Özgen, H. ve Öztürk, A. (1994). “Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi”. *Milli Prodüktivite Merkezi (MPM) Verimlilik Dergisi*, 1, 10 – 19.
- Özgen, H., Öztürk, A. ve Yalçın, A. (2005). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Adana: Nobel Kitabevi, 9 – 10.
- Öztek, Z. (2009). “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği”. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40, 6 – 12.
- Öztürk, A. (1996). “Sağlık Sektöründe Özelleştirme: Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme”. *MPM Verimlilik Dergisi*, 3, 42 – 54.
- Öztürk, A. ve Sezgili, K. (2002). “Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Yeni Bir Rekabet Stratejisi Olarak Kullanılması ve Uygulama Süreci”. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 127 – 142.

- Öztürk, A.. Özata, M. (2010) “Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı”. Konya: Eğitim Kitapevi, 163.
- Özutku, H. (2002). “İnsan Kaynakları Yönetiminde Yeni Eğilimler: Dış Kaynaklardan Yararlanma”. *Verimlilik Dergisi*, 2, 117 – 130.
- Palmer, M. & Winters, K. (1993). *İnsan Kaynakları*. Çeviren: Şahiner, D., İstanbul: Rota Yayınları, 61, 63, 93.
- Papageorgiou, E., Yasseen, Y. & Padia, N. (2012). “Internal Audit Function: Current Status and Perception of Outsourcing”. *African Journal of Business Management*, December, 6(49), 11828 – 11838.
- Patterson, M., Rick, J., Wood, S., Carroll, C., Balain, S. & Booth, A. (2010). “Systematic Review of the Links between Human Resource Management Practices and Performance”. *Health Technology Assessment*, 14(51).
- Pirannejad, A., Salami, H. & Mollae, A. (2010). “Outsourcing Priorities of Government Functions: Analytic Network Process Approach”. *African Journal of Business Management*, August, 4(9), 1723 – 1735.
- Price, A. (2007). *Human Resource Management in a Business Context*. London: International Thomson Business Press.
- Pudelko, M. & Harzing, A. W. (2010). *Japanese Human Resource Management: Inspirations from Abroad and Current Trends of Change*. London: International Human Resource Management in Japan.
- Quelin, B. & Dyhamel, F. (2003). “Bringing Together Strategic Outsourcing and Corporate Strategy: Outsourcing Motives and Risks”. *European Management Journal*, 21(5), 647 – 661.
- Rigoli, F. & Dussault, G. (2003). “The Interface between Health Sector Reform and Human Resources in Health”. *Human Resources for Health*. November, 1(9), 1 – 12.
- Roberts, G. E. (2003). “Employee Performance Appraisal System Participation: A Technique that Works”. *Public Personnel Management*, 32(1), 89 – 97.
- Roberts, J. G., Henderson, J. G., Olive, L. A. & Obaka, D. (2013). “A Review of Outsourcing of Services in Health Care Organizations”. *Journal of Outsourcing & Organizational Information Management*, 2013, 1 – 10.

- Rodriguez, T. F. O. & Robaina, V. P. (2005). "The Management Perception of the Strategic Outsourcing of Services: An Empirical Examination in the Hotel Sector". *The Service Industries Journal*, 25(5), 689 – 708.
- Rosset, S. (1998). "Ranking – Methods for Flexible Evaluation and Efficient Comparison of Classification Performance". <http://www.tau.ac.il/~saharon/papers/KDD98-058.pdf>, Erişim: 15.12.2014.
- Sabuncuoğlu, Z. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Bursa: Ezgi Kitabevi, 9.
- Sağnak, P. (2010). *Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması: GATA Hastanesi'nde Bir Araştırma*. Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 52.
- Sahay, S. (2001). "Special Issue on IT and Health Care in Developing Countries". *The Electronic Journal on Information Systems in Developing Countries (EJISDC)*, 5(10), 1 – 6.
- Sahrawat, R. (2008). "Innovation Management in the Indian IT Industry". *Tech Monitor*, May – June, 30 – 32.
- Salaman, G., Storey, J. & Billsberry, J. (2005). "Strategic Human Resource Management: Defining the Field". http://www.corwin.com/upm-data/9919_040313Intro.pdf, Erişim: 15.12.2014.
- Saltman, R. B. & Figueras, J. (1998). *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, 103, 104.
- Sayım, F. (2009). "Kamu Sağlık Çalışanlarının Ekonomik Olaylara Bakışında İdari Görevlerin ve Ekonomi Eğitiminin Etkisi". *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 147.
- Saylı, H. ve Görmüş, A. P. (2009). "Border Role of Human Resource Management – To Which Side does the Pendulum of HRM Swing: Employer or Employees? – The Case of Turkey". *Management Journal*, 14(2), 43 – 59.
- Scherer, R. F., Wiebe F. A., Luther, D. C. & Adams J. S. (1988). "Dimensionality of coping: factor stability using the ways of coping questionnaire. Psychological", *Reports*, 62, 763-770.

- Schermelleh-Engel, K. Ve Moosbrugger, H. (2003).Methods of Psychological Research Online 2003, Vol.8, No.2, pp. 23-74
- Seçim, H. (2005). *Hastane İşletmeciliği*. Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları, 8, 12, 26.
- Segouin, C., Hodges, B. & Brechat, P. H. (2005). “Globalization in Health Care: Is International Standardization of Quality a Step Toward Outsourcing?”, *International Journal for Quality in Health Care*,17(4), 277 – 279.
- Semerci, M., Özata, M. ve Öztürk, Y. E. (2000). *Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı*.Konya: Eğitim Kitabevi Yayınları, 98, 101.
- Shaout, A. & Yousif, M. K. (2014). “Performance Evaluation – Methods and Techniques Survey”. *International Journal of Computer and Information Technology*, 3(5), September, 966 – 979.
- Shemwell, D. J. & Yavaş, U. (1999). “Measuring Service Quality in Hospitals: Scale Development and Managerial Applications”. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 7(3), 65 – 75.
- Smith, B. J., Boroski, J. W. & Davis, G. E. (1992). “Human Resource Planning”. *Journal of Human Resource Management*, 31(1 – 2), 81 – 93.
- Starcher, R. (1996). “Individual Performance Appraisal Systems”. *Production & Inventory Management Journal*, 37(4), 58 – 62.
- Steward, S. M., Gruys, M. L. & Storm, M. (2010). “Forced Distribution Performance Evaluation Systems: Advantages, Disadvantages and Keys to Implementation”. *Journal of Management & Organization*, 16, 168 – 179.
- Sur, H. (2005). “Sağlık Yönetimi Gündeminin Yeni Gözdesi Akreditasyon”. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, 15, 14 – 16.
- Sur, H. ve Palteki, T. (2013). *Hastane Yönetimi*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 48.
- Şahin, B. ve Yılmaz, F. (2007). “Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Bir Göstergesi Olarak Hasta Tatmini: Bir Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”. *MPM Verimlilik Dergisi*, 11(22), 125 – 146.
- Tabassi, A. A. & Abu Bakar, A. H. (2009). “Training, Motivation, and Performance: The Case of Human Resource Management in Construction Projects in Mashhad, Iran”. *International Journal of Project Management*,27, 471 – 480.

- Tabiu, A. & Nura, A. A. (2013). "Assessing the Effects of Human Resource Management (HRM) Practices on Employee Job Performance: A Study of Usmanu Danfodiyo University Sokoto". *Journal of Business Studies Quarterly*, 5(2), 247 – 259.
- Tan, C. L. & Nasurdin, A. M. (2011). "Human Resource Management Practices and Organizational Innovation: Assessing the Mediating Role of Knowledge Management Effectiveness". *Electronic Journal of Knowledge Management*, 9(2), 155 – 167.
- Tang, J. S. & Zimmerman, J. D. (2009). "Managing New Product Development and Supply Chain Risks: The Boeing 787 Case". *Supply Chain Forum an International Journal*, 10(2), 74 – 86.
- Tanyaş, M. (2003). "Lojistik ve Tedarik Zinciri Yönetimi". *Ege Denizcilik Lojistik Kongresi Bildiriler Kitabı: 31 Mayıs 2003*. İzmir: Denizcilik Derneği İzmir Şubesi Yayınları, 46.
- Tanzil, Z., Zahidie, A., Ahsan, A., Kazi, A. & Shaikh, B. T. (2014). "A Case Study of Outsourced Primary Healthcare Services in Sindh, Pakistan: Is this a Real Reform?". *BMC Health Services Research*, 14(277), 1 – 7.
- Tayauova, G. (2012). "Advantages and Disadvantages of Outsourcing: Analysis of Outsourcing Practices of Kazakhstan Banks". *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 41, 188 – 195.
- Taylor, T. (2005). "In Defense of Outsourcing". *CATO Journal*, 2(12), s. 367 – 377.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlar İşletme Yönetmeliği.
T.C. Sağlık Bakanlığı 27.05.2004 Tarih ve 2004/75 Sayılı Genelgesi.
- Tengilimoğlu, D. (1997). *Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. (2012). "Hastane Yönetimi ve Organizasyonu". *Sağlık Kurumları Yönetimi – I*. Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları, 57.
- Tortop, N., Aykaç, B., Özer, M. A. ve Yayman, H. (2013). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınevi, 92.
- Troacă, V. A. & Bodislav, D. A. (2012). "Outsourcing: The Concept". *Theoretical and Applied Economics*, 19(6 – 571), 51 – 58.
- Tutar, A. E., İnanç, H. ve Güner, İ. (2006). "Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Makroekonomik Etkileri". *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(2), 279 – 296.

- Tülüce, P. (2001). *Türkiye’de İnsan Kaynakları Yönetiminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulaması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Araştırma Projesi, 66.
- Türker, M. ve Örerler, E. O. (2004). *Türk Şirketlerinin Küresel Şirket Haline Getirilmesi Yolları*. İstanbul: İTO Yayınları, 60.
- Uygur, A., (2009). “Çok Boyutlu Performans Değerleme Modeli Olarak Dengeli Başarı Göstergesi Uygulaması”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 10(1), 148 – 159.
- Ülgen, H. ve Mirze, K. (2004). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. İstanbul: Literatür Yayıncılık, 394.
- Varinli, İ. ve Çakır, A. (2004). “Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki – Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma”. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(2), 33 – 52.
- Velma, R. (2001). “Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry”. *Journal of Healthcare Management*. 46, 239 – 249.
- Vermeeren, B., Kuipers, B., Steijn, B. & Vogelaar, M. (2008). *Human Resource Management and Performance of Public Organizations: A Study of HRM Activities and Public Service Quality of Dutch Municipalities*. Rotterdam: Paper to be presented at the EGPA conference on Thursday 4th September 2008 at the Erasmus University Rotterdam.
- Vuorenkoski, L. & Mikkola, H. (2007). “Outsourcing in Primary Health Care”. *Health Policy Monitor (HPM)*, 9, 1 – 6.
- Werner, I. (1993). *Liderlik ve Yönetim*. Çeviren: Şahiner, D., İstanbul: Rota Yayınevi, 49, 151.
- Willcocks, L. P. & Feeny, D. (2008). “IT Outsourcing and Core is Capabilities: Challenges and Lessons at Dupont”. *Information Systems Management*, Winter, 49 – 56.
- Williamson, O. E. (2008). “Outsourcing: Transaction Cost Economics and Supply Chain Management”. *Journal of Supply Chain Management*, April, 5 – 16.
- Wilson, J. P. & Western, S. (2000). “Performance Appraisal: An Obstacle to Training and Development?”. *Journal of European Industrial Training*, 24(7), 384 – 391.
- Wright, P. M., Gardner, T. M. & Moynihan, L. M. (2003). “The Impact of HR Practices on the Performance of Business Units”. *Human Resource Management Journal*, 13(3), 21 – 36.

- Wright, P. M. & McMahan, G. C. (2011). "Exploring Human Capital: Putting Human Back into Strategic Human Resource Management". *Human Resource Management Journal*, 21(2), 93 – 104.
- Yağcı, M. İ. ve Duman, T. (2007). "Hizmet Kalitesi – Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması". *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(2), 218 – 238.
- Yalçın, İ., Akın, M. ve Şeker, M. (2011). "Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği". *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(20), 83 – 92.
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 67, 69.
- Yıldız, M. S., Karagöz, Y. ve Kesci, M. (2010). "Performans Değerlendirme ve Süreç Yönetim Aracı Balanced Scorecard'ın Boyutlarına Katılım Düzeyi: Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi İşletmelerinde Bir Araştırma". *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(3), 1 – 22.
- Yılmaz, G. (2007). *Outsourcing in Hospital Services in Turkey and its Evaluation from the Perspectives of the Managers Who Acquire These Services*. Trabzon: Karadeniz Technical University Unpublished PhD Dissertation, 66.
- Young, S. (2005). "Why Outsource and What Makes it Work? Alternative Arrangements for Work in the Health Sector". *Reworking Work AIRAAN: Proceedings of 19th Conferance The Association of Industrial Relations Academics of Australia and New Zealand*, 1, 573 – 581.
- Yüksel, Ö. (2008). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi, 29.
- Zaim, S., Tarım, M. ve Zaim, H. (2010). *Sağlık Sektöründe Kalite ve Maliyet Analizi: Kamu – Özel Karşılaştırması*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası (İTO) Yayınları, 87.
- 04.01.2002 Tarih ve 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu.
- 03.12.2003 Tarih ve 2003/139 Sayılı "Kit Karşılığı Cihaz Edinme Uygulaması Hakkında Genelge.
- 10.12.2003 Tarih ve 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu.

*21.04.2005 Tarih ve 5335 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.
144 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik.*

EKLER

EK-1. Anket

Sayın Yönetici

Bu Anket; Hastanenizde dış kaynak kullanımı yöntemiyle istihdam edilen personelin (temizlikçi, hasta bakıcı, bilgi işlemci, güvenlikçi, teknisyen, tekniker vb.) performanslarını ve hastanenize olan katkılarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Hastanede görev yapan bir yönetici olarak, bu personelin genel anlamda performanslarını ve hastaneye yaptıkları katkıyı değerlendirebilmeniz için, aşağıda iki bölümden oluşan bir anket formu hazırlanmıştır.

Birinci bölümde yöneticilere ait 7 tane tanımlayıcı bilgiler istenmektedir.

İkinci bölümde ise dış kaynak kullanımı yöntemiyle çalıştırılan personelin performansları ve hastaneye olan katkıları ile ilgili 54 tane genel ifade yer almaktadır. Bu ifadeler “Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5)” şeklinde tanımlanmıştır. Anketi yanıtlarken, sizin için en uygun olan ifadenin hücrelerine “X” işareti koyarak cevaplarınızı belirtebilirsiniz.

Bu çalışma, veri sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Katılımcıların kimlikleri ve verecekleri bilgiler tamamen gizli tutulacaktır.

Araştırmaya vermiş olduğunuz katkıdan dolayı teşekkür ederim ve saygılarımı sunarım.

Öğr. Gör. Hüseyin ERİŞ

EK-1. (devam). Anket

BİRİNCİ BÖLÜM

1. **Cinsiyetiniz** Kadın Erkek

2. **Yaşınız**.....

3. **Eğitiminiz**

(Yazınız Lütfen).....

4. **Mesleğiniz**

(Yazınız Lütfen).....

5. **Hastanedeki Yöneticilik Göreviniz**

(Yazınız Lütfen).....

6. **Hastanedeki Yöneticilik Süreniz kaç yıldır?**

(Yazınız Lütfen).....

7. **Toplam Yöneticilik Süreniz kaç yıldır?**

(Yazınız Lütfen).....

EK-1. (devam). Anket

İKİNCİ BÖLÜM

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
No	1. İLETİŞİM BECERİLERİ	1	2	3	4	5
1	Olayları ve düşüncelerini doğru kelimelerle, yazılı ve sözlü olarak, anlaşılır bir şekilde aktarma becerileri vardır.					
2	Hastanedeki yazılı ve sözlü iletişim kurallarına uyarlar					
3	Yöneticilerle ve iş arkadaşları ile sağlıklı iletişim kurarlar					
4	Eleştiriye açıktırlar.					
	2. PLANLAMA VE ORGANİZE ETME BECERİLERİ	1	2	3	4	5
5	İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda yardımcı olurlar					
6	Kendilerine verilen iş/görev ile ilgili öncelikleri belirleyebilirler					
7	Zamanı ve kaynakları etkin olarak kullanabilirler					
8	Takım çalışması gerektiren işlerde arkadaşları ile etkin olarak çalışırlar					
9	Kendine düşen görevleri zamanında ve eksiksiz yaparlar					
	3. MESLEKİ İŞ BİLGİSİ VE YETERLİLİĞİ	1	2	3	4	5
10	Hastanede görevleri ile ilgili karşılaştıkları problemleri kavrarlar, analiz ederler ve problemleri zamanında çözebilirler					
11	Görevlerini sorumluluk duygusu içerisinde gerçekleştirirler					
12	Görevlerinin gerektirdiği bilgi ve beceriye sahiptirler					
13	Yaptıkları işlerle ilgili kayıtları doğru ve zamanında tutabilirler					
14	Düzenli çalışma alışkanlığına sahiptirler.					
15	Hizmet içi eğitimlerine katılırlar ve eğitimde öğrendikleri bilgi ve becerileri işlerine uygulayabilirler.					
16	Kendini geliştirmeye açıktırlar					
17	Görevleri ile ilgili hazırlanan rapor ve dokümanları uygulayabilirler					

18	İşlerini yapmada İş akışını aksatmazlar.					
19	Kurum içindeki davranışları ve kılık – kıyafetlerine dikkat ederler.					
	4. KURUMSAL BİLGİ	1	2	3	4	5
20	Hastanemizin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikasını bilirler.					
21	Hastanemizin kurum kültürünü benimsemişlerdir.					
22	Bireysel gelişim açısından Kurum içi ve dışı gelişmeleri yakından takip ederler ve bunları kurumda yaptığı işe adapte ederler					
	5. MOTİVASYON	1	2	3	4	5
23	Hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar					
24	Görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır.					
25	Hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır.					
26	Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar					
27	Eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir.					
28	Aldıkları ücret, hastanede aynı veya benzer işi yapan kadrolu personelle aynı olduğundan motivasyonları yüksektir.					
29	Aldıkları ücret, piyasa koşullarına uygun olduğundan performanslarını olumlu yönde etkilemektedir					
30	Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.					
		1	2	3	4	5
31	Mesai bitiminde, maddi beklenti olmadan, işlerini bitirip öyle giderler.					
32	İşlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar					
33	Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler.					
34	Amirleri tarafından takdir edilmeleri, maddi ödül verilmesi çalışma isteklerini olumlu etkiler					
35	İşlerini yapmaları için gerekli araç ve gereçlerin olması daha istekli çalışmalarını sağlar.					
	6. İŞ DISİPLİNİ VE ETİGİ	1	2	3	4	5
36	Mesai saatlerine dikkat ederler ve işe devamsızlık yapmazlar.					
37	Nöbet teslim alma – verme talimatlarına uygun çalışırlar					

38	Hastanenin belirlemiş olduğu disiplin kurallarına uyarlar.					
39	İş ve meslek etiğine sahiptirler					
40	Ekip çalışmasına yatkınlar					
41	İş ortamı içinde çalışanların huzurunu bozacak davranışlarda bulunmazlar					
42	Fazla mesai yapılması gereken durumlarda, istekle çalışırlar.					
43	Hastanenin demirbaşlarını, sarf malzemeleri ile diğer cihaz ve aletlerini etkin ve verimli kullanırlar.					
44	Ast ve üst iletişimine, hiyerarşik yapıya ve emir komuta birliğine uygun davranırlar.					
45	Hastanedeki hijyen kurallarına uyarlar.					
	7. HASTA/YAKINLARI VE DİĞER ÇALIŞANLARLA İLİŞKİLER	1	2	3	4	5
46	Hastalara ve hastane çalışanlarına karşı, iş ciddiyetiyle (profesyonel) ve güler yüzle yaklaşılırlar					
47	Hastaların ve hastane çalışanlarının karşılaştıkları problemleri, ilgili bölümlere birimlere iletebilirler.					
48	Hasta mahremiyetine özen gösterirler.					
49	Hastalar ve hasta yakınları ile doğru iletişim kurmaya dikkat ederler					
50	Tüm hastalara eşit davranırlar ve saygı gösterirler					
51	Hasta ve hasta yakınlarına hastane içinde gerekli yönlendirmeleri yaparak, doğru bilgi verirler					
	8. İŞ KALİTESİ VE HEDEFLERE ULAŞMA	1	2	3	4	5
52	Ayrıntılarda boğulmadan ve ayrıntıları atlamadan, işi gerektiği şekilde sonuçlandırılırlar					
53	İşle ilgili gerekli raporlamaları ve kayıtları muntazaman tutarak, gerekli şekilde üstlerini ve astlarını bilgilendirirler					
54	Yaptıkları işle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri bildirirler					



978-605-7695-89-5

