

## SAĞLIKTA PERFORMANS SİSTEMİNİN HEKİMLER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

### **Onur Özveri**

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Prof. Dr.  
onur.ozveri@deu.edu.tr

### **Doğu Kayışkan**

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Öğr. Gör.  
dogu.kayiskan@deu.edu.tr

### **Savaş Dağ**

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
savaş.dag@deu.edu.tr

### **Bülent Arslan**

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
barslan14@hotmail.com

### **Ali Hisar**

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
alihisar@gmail.com

## **ÖZET**

*Sağlık sektöründe çalışanların verdiği hizmet kalitesini ve verimliliği arttırmak için performans sistemi kullanılmaktadır. Bu performans sistemi ile çalışanların daha verimli çalışması ve ücret adaletinin sağlanması amaçlanmaktadır. Performans sistemine dahil olan sağlık personelinin, bu sistemin işleyişi hakkındaki düşünceleri ve sisteminin çalışanlar tarafından değerlendirilmesi, uygulanan performans sisteminin gelişimi açısından önem arz eden bir konudur. Sağlık sektöründe hizmet veren hekimler, sağlık hizmetlerinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, hekimlere yönelik uygulanan performans*

*sisteminin, hekimler tarafından değerlendirilmesi ile performans sistemi hakkında önemli bilgiler elde edilebilir. Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe uygulanan mevcut performans sisteminin, hekimler tarafından değerlendirilmesidir. Bu sayede, performans sistemi konusunda elde edilecek bilgiler ile sunulan hizmet kalitesi değerlendirilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Performans, Performans Değerlendirme, Performans Yönetimi

**Alan Tanımı:** İşletme (Performans Yönetimi)

## EVALUATION BY THE PHYSICIAN OF THE HEALTH PERFORMANCE SYSTEM

### ABSTRACT

*In the health sector, a performance system is used to improve the quality of service and productivity provided by employees. With this performance system, it is aimed that employees work more efficiently and wage justice is provided. It is a matter of importance for the health personnel involved in the performance system to consider the system's functioning and the system's employees evaluation of the performance system being implemented. Physicians serving in health sector have an important role in health care. For this reason, important information about the performance system can be obtained when physicians evaluate the applied performance system for physicians. The purpose of this study is to evaluate the current performance system applied to the health sector by physicians. In this way, the information provided by the performance system and the service offered were evaluated.*

**Keywords:** Performance, Performance Evaluation, Performance Management

**JEL Code:** M12 Personnel Management

### 1. GİRİŞ

Performans kavramının gelişimini iki ana döneme ayırmak mümkündür. Birinci dönem 1880'lerin sonlarından 1980'li yıllara kadar uzanır. Performans ölçümü ilk olarak sistemli bir şekilde ABD'de uygulanmaya başlanmıştır. Daha sonraları Taylor'un iş ölçümü uygulamalarının etkisiyle özel sektör de kullanmaya başlamıştır.

Dünya Savaşını izleyen yıllarda kişilik özelliklerini (dürüstlük, yaratıcılık, özgüven, işbirliğine açıklık, karar verme, inisiyatif alma gibi) kriter olarak alan

çeşitli performans değerlendirme teknikleri geliştirilmiş, 1950'li yıllardan sonra kişinin ürettiği iş ya da sonuçlara yönelik kriterleri temel alan teknikler ABD'deki örgütlerde daha yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca bu yıllardan sonra yönetici ve beyaz yakalı personelin performansının değerlendirilmesi, mavi yakalılara oranla önem kazanmıştır (Uyargil, 2008; 2).

Türkiye'de performans uygulamaları ilk kez kamu kesiminde başlamıştır. Konuya özel sektörün ilgisinin artması, işletme biliminin ve modern yönetim tekniklerinin yaygınlaşmasıyla olmuş ve özellikle son 20 yılda gelişmiştir (Uyargil, 2013; 10). 1948 yılında, performans değerlendirmesi kamu alanında ilk defa, Karabük Demir Çelik Fabrikalarında ve daha sonra Sümerbank, Makine ve Kimya Endüstrisi ile Devlet Demir Yolları vb. bazı kamu kurumlarında uygulama alanı bulmuştur. 1960'lı yıllarda özel sektörde yer alan bazı örgütler de performans değerlendirmeye ilgi duymuş ve uygulamaya başlamıştır (Göksel, 2013). Bu ilgi özellikle 4857 sayılı İş Yasasının 2003 yılında yürürlüğe girmesiyle daha da artmıştır. 4857 sayılı Yasa gereğince çalışanların iş akitlerinin sonlandırılmasında performans değerlendirme sonuçları, hukukî bir belge vasfı kazanmış ve işverenlerin değerlendirme sonuçlarına eğilimi artmıştır (Uyargil, 2013; 11).

Ülkemizde sağlık alanında performans dayalı ek ödeme sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak başlamış ve 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin çıkış noktası, personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmak olmuştur.

## **2.PERFORMANS VE PERFORMANS YÖNETİMİ KAVRAMI**

İşletmelerin temel amacı toplumun ihtiyaçlarına göre mal ve hizmet üretmektir. Bunu başarabilmeleri için de varlıklarını devam ettirmeleri ve çalışan personellerinden en verimli şekilde faydalanmaları gerekmektedir. Günümüz koşullarında işletmeler, çalışanlarının ne ölçüde verimli olduğunu ve verilen işlerin ne ölçüde doğru yapıldığını saptamak amacıyla performans kavramıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bir diğer tanımda ise, performans bir işi yapan bireyin, bir grubun ya da bir teşebbüsün işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği, başka bir deyişle neyi sağlayabildiğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak anlatımı olarak tanımlanmıştır (Tinaz, 1999; 389). Performans genel anlamda amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Akal, 2005; 17).

Genel olarak performans; amaçlanmış ve planlanmış ve hedef haline getirilmiş bir etkinliğe ulaşım seviyesinin mutlak ya da nispi olarak anlaşılabilir, anlatılabilir, somut ve objektif ölçütlerle ölçülmesidir. Performans, hedeflenen bir işin yapılmasını sağlayan bir süreç ve o sürecin sonucunda gösterilen başarı derecesinin nicel ya da nitel ifadesi olarak da kabul edilebilir (Okur, 2007: 53). Performansa dair yapılan tanımları kısaca özetlemek gerekirse; performanstan bahsedebilmek için hedeflenen bir amaç ve bu amaca ulaşmak için standartlara ihtiyaç vardır. Bu nedenle performans; amaca yönelik tespit edilmiş standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve hedefe yaklaşma seviyesi olarak anlaşılmalıdır (Ateş, 2007:2). Performans kavramını uygulamak için çalışanların yaptıkları işleri iyi tanımlamak ve bu işlerin standartlarını belirlemekle birlikte çalışanların bu standartlara ne derece uyum sağlayıp sağlayamayacağını iyi değerlendirmek gerekmektedir. Bu değerlendirmeleri yapabilmek için belli bir yönetim kavramı gerekmektedir. Performans yönetimi, örgütü istenilen amaçlara yöneltme ve belirlenen hedefleri gerçekleştirme amacıyla, örgütün bunları karşılaştırma ve performansın sürekli gelişimini sağlayacak yeni ve gerekli düzenlemeleri, etkinlikleri başlatma ve sürdürme görevlerini yüklenen bir yönetim süreci olarak tanımlanabilir (Akal, 1992: 50).

Performans yönetimi işletmeden işletmeye veya kurumdan kuruma farklılık gösterebilir. Önemli olan performansın ölçütü yapılırken belirli kriterlerin bulunmasıdır. Sağlık çalışanlarının daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır

Ülkemizde de hastanelerde performans ölçümü ile ilgili kurum, birim ve çalışan bazında performans göstergeleri oluşturulmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, hastanelerde ölçme ve değerlendirmeyi aşağıdaki başlıklara göre gerçekleştirmektedir (Tarcan vd.,2009:19);

- Sağlık hizmetlerine erişim,
- Hizmet sunumu kalite standartları,
- Hasta memnuniyet ölçümü,
- Sağlık hizmetlerinde verimlilik göstergeleri.

Organizasyonda sorumluluk taşıyan bireylerin performanslarının değerlendirilmesi ise organizasyonun amaçlarına ne ölçüde katkıda bulduklarının tespit edilmesi anlamına gelmektedir (Akdağ, 2007: 246).

### 3. UYGULAMA

#### 3.1 METODOLOJİ

Bu çalışmada, performans sisteminin uygulanması esnasında hangi alanlarda değişimlerin ortaya çıktığı, hekimler tarafından değerlendirilmiştir. Hekimlerin performans sistemine ilişkin düşüncelerinin belirlenebilmesi için 23 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Sorular aşağıdaki başlıklar şeklindedir,

- Demografik özellikler
- Hekimlerin mesleklerine ilişkin değerlendirmeleri
- Tıp eğitimine bakışları
- Sağlık politikaları ve uygulamalarına ilişkin bilgileri
- Performans uygulamasının sonuçlarına ilişkin görüşleri

Anket formu 01 Nisan 2016 ile 1 Mayıs 2016 tarihleri arasında çoğaltılarak kâğıt üzerinde bizzat anketi cevaplayan hekimlerin yanında doldurulmuştur. Doldurulan anket sayısı 80 adettir. Eksik doldurulan 16 anketin çıkartılması ile 64 anket değerlendirilmiştir. Anketler farklı dallarda çalışan hekimler tarafından yanıtlanmıştır. Çalışmada SPSS programı kullanılarak verilerin analizi yapılmış ve ardından raporlama gerçekleştirilmiştir.

### 4. BULGULAR

#### 4.1 Demografik Özellikler ve Sosyal Göstergeler ile Hekim Profili

Hekimlerin demografik özellikleri Tablo1, 2, 3 ve 4' de görüldüğü üzere cinsiyet, çalıştıkları yer, uzman veya pratisyen olması ve ailenin geçim durumları incelenmiştir. Katılımcıların %54,7'si kadın, %45,3'ü erkektir. %14,1'i 1.basamak, %48,4'ü 2.basamak ve %37,5'i 3.basamak sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin %1,6'sı geçim sıkıntısı çekmekte, %42,2'si idare edebilmekte, %48,4'ü rahat geçinmekte ve %7,8'i ise çok rahat geçinebilmekte olup, %67,2'si pratisyen hekim ve %32,8'i ise uzman hekimdir.

	Yüzde
Kadın	54,7
Erkek	45,3
Toplam	100

	Yüzde
Evet	67,2
Hayır	32,8
Toplam	100

Tablo 3. Çalışılan Yer

	Yüzde
1.basamak	14,1
2.basamak	48,4
3.basamak	37,5
Toplam	100

Tablo 4. Geçim Durumu

	Yüzde
Geçim sıkıntısı olan	1,6
İdare edebilen	42,2
Rahat geçinen	48,4
Çok rahat geçinen	7,8
Toplam	100

Tablo.5’de görüldüğü üzere hekimliği tekrardan seçerim diyenler ile hayır seçmem diyenlerin oranları birbirine yakın sayılır. Çalışmamıza katılan hekimlerin %43,7’i evet yanıtı verirken %56,2’si hayır yanıtını vermişlerdir.

Evet yanıtını veren hekimlerin nedenleri aşağıdaki gibidir.

- Mesleğimi severek yapması
- Yaşam standartlarının yüksek olması
- Saygınlığı var ve insanlara hizmet vermesi
- Güzel meslek
- İş bulma kolaylığı var gibi nedenler yer almaktadır.

Hayır yanıtını veren hekimlerin nedenleri aşağıdaki gibidir.

- Zorlukları çok fazla
- Kazancının yeterli olmadığı
- Yeterli değeri görmediği
- Çok yıpratıcı
- Sorumluluğu çok fazla
- Eğitimi çok zor
- Çok özveri gerektiriyor gibi nedenler yer almaktadır.

Tablo 5. Hekimlerin mesleklerini yeniden seçme durumları

	Yüzde
Evet	43,7
Hayır	56,3
Toplam	100

Çalışma sonucunda hekimlerin büyük bir çoğunluğunun sağlık politikaları ve uygulamaları konusunda bilgi düzeylerinin Tablo 6’da görüldüğü gibi üst düzeyde olmadığı görülmüştür. Ancak Son Bütçe Uygulama Talimatı konusunda (%53,1) bilgilerinin fazla olması dikkat çekici bir durumdur. Tablo 7’de ise dikkat çekici olan bir nokta hekimlerin büyük çoğunluğu performans uygulamasına ilişkin bilgiyi olması gereken gibi Sağlık Müdürlükleri veya Tabipler Odasından değil, ilk olarak meslektaşlarından öğrenmelerdir. Tabipler Odası (%23,4) ikinci sırada Sağlık Müdürlüğü ise (%12,5) üçüncü sırada yer almaktadır.

Tablo 6. Hekimlerin sağlık politikaları ve uygulamaları konusunda bilgi düzeyleri

Bilgi Konusu	Yüzde		
	Bilgim yok	Az var	Var
Sağlıkta dönüşüme ilişkin yapılmakta olan ve yapılacaklar	37,5	48,4	14,1
Aile hekimliği	25	45,3	29,7
Sözleşmeli ve esnek çalışma	10,9	48,4	40,6
Son Bütçe Uygulama Talimatı (BUT)	9,4	37,5	53,1

Tablo 7. Performans uygulamasına ilişkin ilk bilgi kaynakları

Bilgi Kaynağı	Yüzde
Tabip odası	23,4
Sağlık Müdürlüğü	12,5
Meslektaşlar	40,6
Medya	7,8
Diğer	15,6
Toplam	100

Tablo 8. Mevcut performans sistemi ve daha önce kullanılan sistem arasında görülen değişiklikleri göstermektedir. Hasta başına düşen muayene süresinde %93,8 oranında ciddi anlamda bir azalma söz konusu olup tetkik sayısı (%76,6), lokal anestezi sayısı (%64,1), yatırılan hasta sayısı (%64,1), yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı (%51,6), komplikasyon sayısı (%75), konsültasyon isteme sayısı (%67,2) ve endikasyonsuz müdahale (%64,1) oranlarında ciddi anlamda artış söz konusu olmaktadır. Verilen sağlık hizmetlerinin niteliği %84,4 oranında azalmıştır. Etik olmayan uygulamalar (%78,1) ve uygulama hataları (%75) oranında artmıştır. Bu durum performans sisteminin çalışma düzenine olumsuz

etkilerini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Hasta başına düşen muayene süresinin bu oranda düşmesi hasta sağlığı açısından ciddi bir sağlık riskidir.

Tablo 8. Hekimlere göre performans uygulamasının çalışma düzenine etkisi

	Yüzde%		
	Azaldı	Arttı	Değişmedi
Hasta başına düşen muayene süresi	93,8	4,7	1,6
Tetkik sayısı	10,9	76,6	12,5
Lokal anestezi sayısı	4,7	64,1	31,3
Yatırılan hasta sayısı	7,8	64,1	28,1
Yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı	9,4	51,6	37,5
Komplikasyon sayısı	1,6	75	23,4
Konsültasyon isteme sayısı	9,4	67,2	23,4
Endikasyonsuz müdahaleler	7,8	64,1	28,1
Verilen sağlık hizmetlerinin niteliği	84,4	7,8	7,8
Etik olmayan uygulamalar	9,4	78,1	12,5
Uygulama hataları	4,7	75	20,3

Tablo.9’da görüldüğü üzere eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre (%78,1), hasta başı eğitim süresi (%78,1), asistanların teorik eğitimine ayrılan süre (%65,6), sürekli tıp eğitimine katılma sıklığı (%62,5),

literatür okumaya ayrılan süre (%79,7) oranlarında ciddi anlamda bir azalma söz konusudur. Burada ilk akla gelen soru yetişmekte olan hekimlerin gerek teorik gerekse de pratik eğitim kalitelerinin düşmüş olması ve gelecekte hastaların alacağı sağlık hizmetlerinin istenilen seviyede olup olmayacağı akla gelmektedir.

Tablo 9. Hekimlere göre performans uygulamasının eğitime etkisi

	Yüzde		
	Azaldı	Arttı	Değişmedi
Eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre	78,1	6,3	15,6
Çeşitli kurul ve komisyonlarda görev alma	31,3	26,6	42,2
Hasta başına eğitim süresi	78,1	4,7	17,2
Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre	65,6	3,1	31,3
Sürekli tıp eğitimine ayrılan süre	62,5	9,4	28,1
Literatür okumaya ayrılan süre	79,7	6,3	14,1



Tablo 10’da ise mevcut performans sisteminin yönetsel boyutu ve çalışma ilişkileri ne etkileri incelenmiştir. Çalışanlar arasında rekabet (%93,8), klinikler arası rekabet (%78,1) ve çalışma stresi (93,8) oranlarında bir artış söz konusudur. Bu artış çok ciddi boyutlarda olup, hekimler arasındaki dayanışmayı ve hekimlerin kişisel sağlığını olumsuz anlamda etkilemektedir. Mesleki örgütlenme arayışı (%43,8), mesleki geleceği görme (%70,3), çalışma düzeni (%48,4), motivasyon (%78,1), klinik içi görevlendirmelerde adil dağılım (%64,1), denetim (%39,1) ve izin ve dinlenme süreleri (%76,6) oranlarında azalma görülmektedir.

Tablo 10. Hekimlere göre performans uygulamasının yönetsel boyut ve çalışma ilişkilerine etkisi

	Yüzde		
	Azaldı	Arttı	Değişmedi
Çalışanlar arası rekabet	3,1	93,8	3,1
Klinikler arası rekabet	4,7	78,1	17,2
Mesleki örgütlenme arayışı	43,8	28,1	28,1
Mesleki geleceği görme	70,3	9,4	20,3
Çalışma düzeni	48,4	35,9	15,6
Çalışma süresi	3,1	93,8	3,1
Motivasyon	78,1	12,5	9,4
Klinik içi görevlendirmede adil dağılım	64,1	3,1	32,8
Denetim	39,1	31,8	28,1
İzin ve dinlenme süreleri	76,6	4,7	18,8

Kurum içi ve dışı iletişimde de Tablo 11’de görüldüğü üzere problemler baş göstermektedir. Çalışma arkadaşları ve meslektaşlarıyla ilişki (%75), mesleki dayanışma (%85,9), çalışanlar arasında işbirliği (%79,7), yönetimle ilişkiler (%42,2), hekim dışı sağlık personeliyle ilişki (%40,6), hekim-hasta ilişki ve etkileşimi (%84,4) ve aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri (%71,9) oranlarında azalma görülmektedir. Bu göstergeler performans sisteminin kurum içi ve kurum dışı etkileşimi ne derece de olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Tablo 11. Hekimlere göre performans uygulamasının kurum içi ve dışı iletişime etkisi

	Yüzde		
	Azaldı	Arttı	Değişmedi
Çalışma arkadaşları/meslektaşlarla ilişki	75	4,7	20,3
Mesleki dayanışma	85,9	4,7	9,4
Çalışanlar arasında iş birliği	79,7	6,3	14,1
Yönetim ile ilişkiler	42,2	18,8	39,1
Hekim dışı sağlık personeli ile ilişki	40,6	12,5	46,9
Hekim-hasta ilişki ve etkileşimi	84,4	10,9	4,7
Aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri	71,9	3,1	25

## 5. SONUÇ

Performans değerlendirme sisteminin içeriği ve uygulanmasına dair esaslar öncelikle Tabip Odaları veya Sağlık Müdürlüklerince hekimlere ulaştırılması, anlatılması gereklidir. Bilgi aktarımının doğru şekilde yapılmadığı, iletişim kaynaklarının zayıf biçimde kullanılması, hekimlerin ilk bilgi kaynaklarının meslektaşları olmasından anlaşılmaktadır. Doğru iletişim kurulamaması hekimlerin performans sistemini doğru anlamamasına ve kendilerini çalıştıkları kuruma ait hissedememesini ortaya çıkarmıştır. Rekabet ortamının yaratmış olduğu olumsuz etkilerden birisi de eğitim hastanelerinde verilen eğitimlere ayrılan sürelerin azalmış olması ve buna bağlı olarak mesleki kalitenin dolayısı ile hastalara verilmekte olan hizmet kalitesinin düşmüş olmasıdır. Mesleki anlamda geleceğini görememe hekimlerin gelecek kaygısı taşımalarına neden olmakta olup, bu mesleği yeni seçecekler açısından da olumsuz bir durumdur. Özellikle motivasyondaki ve izin ve dinlenme sürelerindeki düşüşler, oluşturulan rekabet ortamı, çalışanların paylaşım ve ilişki durumlarındaki bozulmalar ve ek olarak hekime yeterli önemin verilmediği düşüncesi de eklendiğinde hekimlerin manen yıpranmalarına neden olabileceği gibi hastaya verilen sağlık kalitesini de düşürmektedir. Klinik içi görevlendirmelerde adil dağılım olmaması yönetim zafiyetinin işaretidir. Uygulanan performans sisteminin tetkik sayısı (%76,6), lokal anestezi sayısı (%64,1), yatırılan hasta sayısı (%64,1), yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı (%51,6), komplikasyon sayısı (%75), konsültasyon isteme sayısı (%67,2) ve endikasyonsuz müdahale (%64,1) oranlarında ciddi anlamda artış olması ve hasta başına düşen muayene süresinde (%93,8) , çalışan motivasyonu (%78,1), klinik içi görevlendirmelerde adil dağılım (%64,1), hekim-hasta ilişki ve etkileşimi (%84,4) ve aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkileri

(%71,9) ,çalışma arkadaşları ve meslektaşlarıyla ilişki (%75), mesleki dayanışma (%85,9),eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre (%78,1), hasta başı eğitim süresi (%78,1), asistanların teorik eğitimine ayrılan süre (%65,6), sürekli tıp eğitimine katılma sıklığı (%62,5), literatür okumaya ayrılan süre (%79,7) azalma olması mevcut sistemin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğinin göstergeleridir.

## KAYNAKLAR

AKAL; Zuhâl, (1992) İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi; Çok Yönlü Performans Göstergeleri, Ankara: MPM Yayını, Ankara

AKAL, Z. (2005). İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi Çok Yönlü Performans Göstergeleri. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları 6. Basım, S17

AKDAĞ, R. (2007). Sağlık Hizmetleri Anlayışında Değişim: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli. (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 246-250.

ATEŞ, H., KIRILMAZ, H. ve AYDIN, S. (2007). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayıncılık, s.2

GÖKSEL, A. (2013). İşletmelerde Performans Değerleme Sistemi Tasarımı Teori-Uygulama-Model, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Ltd. Şti.

OKUR, Y. (2007): Türkiye’de Kamu Denetimi, Değişim Süreci ve Performans Denetimi, Nobel Yay., Ankara, s.53

TARCAN, M., Tekingündüz, S., Ertong, G., Kavak, D. G., Karatas, S. T., Gül, Y. ve Mercan, F., (2009), Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite

Uygulamaları, Ankara: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayını, s.19

TİNAZ, P. (1999). “Performans Değerlendirme Sistemlerinin Önemi ve Türkiye’deki Uygulamalarına İlişkin Bir İnceleme”, Manisa Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim Ve Ekonomi Dergisi, s.389

UYARGİL, Cavide (2008); İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi, Arıkan Basım,2. Baskı, İstanbul; s.2

UYARGİL, C. (2013). Performans Yönetimi Sistemi Bireysel Performansın Planlanması Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi, İstanbul: Beta Basım A.Ş., s.10