

# PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN HASTANE HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ: HASTANE YÖNETİCİLERİ VE SAĞLIK PERSONELİNİN DEĞERLENDİRMELERİ<sup>1</sup>

Cahit KORKU<sup>2</sup>

Sıdıka KAYA<sup>3</sup>

## ÖZET

*Bu çalışma, T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanmaya konan performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane hizmet kalitesine etkilerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Bu uygulamanın hizmet kalitesine etkilerini değerlendirmek için oluşturulan anket bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hastane yöneticilerine ve kliniklerde çalışan sağlık personeline uygulanmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Gruplar arasında fark olup olmadığı Ki-Kare Testiyle incelenmiştir. Anketi cevaplayan 212 katılımcının değerlendirmelerine göre hastaların; muayene, tetkik, hastaneye yatmak ve ameliyat olmak için beklediği süreler azalmış, hasta memnuniyeti artmış ve hastaların hizmet alması daha kolay hale gelmiştir. Diğer taraftan, gereksiz tetkikler, gereksiz yatışlar, endikasyonsuz müdahaleler ve etik dışı davranışlar artmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Performansa Dayalı Ödeme, Ek Ödeme, Hizmet Kalitesi, Hastane Yöneticileri, Sağlık Personeli.

<sup>1</sup> Bu çalışmanın bir sayfalık özeti 1. Uluslararası 11. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Özet Bildiri Kitabında yayımlanmıştır.

<sup>2</sup> Cahit KORKU, Arş. Gör. Dr., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım SYO, Sağlık Yönetimi Bölümü. ORCID: 0000-0001-6849-9950

<sup>3</sup> Sıdıka KAYA, Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü. ORCID: 0000-0002-1495-9373

\* Makale Gönderim Tarihi: 17.02.2018 Kabul Tarihi: 22.06.2018

# THE IMPACT OF PERFORMANCE-BASED SUPPLEMENTARY PAYMENT SYSTEM ON QUALITY OF HOSPITAL SERVICE: EVALUATIONS OF HOSPITAL MANAGERS AND HEALTH STAFF

## **ABSTRACT**

*This study is conducted in order to reveal the effects of the performance based supplementary payment system on quality of hospital service in training and research hospitals affiliated to the Ministry of Health. The questionnaire designed to assess the effects of this practice on service quality is applied to hospital administrators and health personnel working in a training and research hospital. In the study, numerical and percentage values are given as descriptive statistics. Whether there is a difference between the groups is examined by chi-square tests. According to analysis results of 212 participants; while waiting time for patient examination, tests, hospitalization and operation are decreasing, the patient satisfaction in medical services is increasing. On the other hand, unnecessary tests, hospitalization, interventions without indication unethical behaviour have increased.*

**Keywords:** Pay for Performance (P4P), Supplementary Payment, Quality of Service, Manager, Health Personnel.

## 1. GİRİŞ

Institute of Medicine (IOM - Amerika Tıp Enstitüsü), 2001 yılında yayınlamış olduğu '*Crossing the Quality Chasm*' isimli raporda ABD'deki sağlık bakım kalitesinin düşüklüğüne dikkat çekmiş ve hizmet kalitesindeki düşüklüğün nedenlerinden birinin mevcut sağlık ödeme sistemi olduğuna vurgu yapmıştır (Petersen vd., 2006: 265). Amerika Tıp Enstitüsü hizmet kalitesinin artırılması için hizmet sunucularına daha etkili teşviklerin verilmesi gerektiğini belirtmiştir (IOM, 2001: 182). Performansa dayalı ödeme 2000'li yıllarda politika yapımcıların ilgisini çekmiş (Cromwell, 2011: 1) ve sağlık alanında performansa dayalı ödeme ismi altında çeşitli ödemeler yapılmaya başlanmıştır. Performansa dayalı ödeme, günümüzde sağlık alanında dünyadaki birçok ülke tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde ya da hastanelerde uygulanmaktadır (Campbell vd., 2009: 368, Stanowski vd., 2015: 268; OECD, 2010: 114). Performansa dayalı ödeme, ABD, Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda gibi OECD ülkelerinde; Brezilya, Çin ve Hindistan gibi orta gelirli ülkelerde ve Ruanda gibi düşük gelirli ülkelerde uygulanmaktadır (OECD, 2010: 106).

Performansa dayalı ödeme sistemleri yaygınlaşmakla birlikte ödemede kullanılan göstergeler, bunların uygulanış biçimleri ve sonuçları açısından farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Wilson, 2013: 6,8). Performansa dayalı ödemede kullanılan göstergeler genellikle kalite, örgütsel göstergeler, toplum sağlığı göstergeleri, etkililik, veri paylaşımı, hasta memnuniyeti, kırsal kesimin hizmetten eşit bir şekilde yararlanması gibi göstergelerdir (OECD, 2010: 114; Wilson, 2013: 10). Kullanılan bu göstergeler sağlık hizmetinde genellikle süreçleri ya da sonuçları değerlendirmede kullanılmaktadır (OECD, 2010: 114).

Performansa dayalı ödeme sistemleriyle ilgili genel kanı sağlık alanında kullanılan ödeme sistemlerinin, sunulan hizmetin kalitesine etki ettiği ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracığı yönündedir (OECD, 2010: 107; Petersen vd., 2006: 265; Lindenauer vd., 2007: 486). Performansa dayalı ödemenin nihai hedefi kaliteyi ve hasta sonuçlarını iyileştirmek (IOM, 2007:9) olsa da performansa dayalı ödeme her zaman başarılı olmamakta (Stanowski, 2015: 270) ve hizmet kalitesinin artışını garanti etmemektedir (Cromwell, 2011: 2). Bazı çalışmalarda performansa dayalı ödemenin öngörülme ve istenmeyen olumsuz etkilerinin olduğu ortaya konmuştur (Eijkenaar, 2013: 118). Ancak performansa dayalı ödeme deneme aşamasındadır ve hizmet kalitesine etkileriyle ilgili kanıtlar henüz yetersizdir (OECD, 2010: 106, 107; Kondo vd., 2016: 61).

Türkiye'de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla, sağlık

alanında önemli reformlar gerçekleştirilmiştir (OECD, 2014: 11). Bu programda, ülke insanının ihtiyaç duyacağı sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun, kaliteli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir bir biçimde sunulması, sağlık çalışanlarına da performans dayalı gelir düzeyinde artışın sağlanacağı bir sistemin oluşturulması hedeflenmiştir (SDP, 2003: 39). Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkililiğinin artırılmasını amaçlayan performans dayalı ek ödeme 2004 yılında T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde uygulamaya konmuştur (Aydın & Demir, 2007: 8).

Türkiye'de uygulanan performans değerlendirme sistemi Türkiye'ye özgü bir sistem (Aydın & Demir, 2007: 7; Akdağ, 2008: 81) olması nedeniyle bu uygulamanın kendine has sonuçlar üretmesi beklenebilir. OECD'ye (2014: 45) göre de Türkiye'deki performans dayalı ödemeler, sağlık sonuçlarından ziyade prosedürler ve müdahaleler için ödeme (hizmet başı ödeme) temel alınarak oluşturulmuştur. Literatür incelendiğinde, Türkiye'de uygulanan performans dayalı ödeme sistemini değerlendirmeye yönelik çalışmalar sınırlıdır. Küçük ve arkadaşları (2012) performans göre ek ücret ödenmesinin anestezi uygulamalarına etkilerini, Ateş ve Kırılmaz (2015) sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşleri üzerinde kişisel faktörlerin etkilerini, Ekingen ve arkadaşları (2017) hastanelerde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin (bundan sonra kısaca PDEÖS olarak ifade edilecektir) çalışanların motivasyonu ve performansına etkisini araştırmıştır. Ancak Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin, hizmet kalitesine etkisini ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın bu yönüyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **2. PERFORMANSA DAYALI ÖDEME**

Performansa dayalı ödemeye konu olan performans kavramını, Aydın & Demir (2007: 5) "bir etkinliğin sonucunda elde edilen nicel ve/veya nitel çıktı", Argon & Eren (2004: 224) ise "bir amacın gerçekleşme derecesi" olarak tanımlamıştır. Performans değerlendirmeyi, Gürüz & Yaylacı (2004: 210) "önceden belirlenmiş standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla, çalışanların iş performansının değerlendirilmesi süreci" olarak tanımlamıştır. Performans değerlendirme ile çalışanın organizasyonun başarısına olan katkısı değerlendirilir (Barutçugil, 2002: 179). O halde, çalışanın performansının doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi için hem yapmış olduğu işin sayısı/miktarının hem de niteliğinin doğru bir şekilde değerlendirmesini sağlayacak performans değerlendirme sisteminin oluşturulması ve uygulanması gerekir. Ancak evrensel anlamda, her durum için uygulanabilecek bir performans değerlendirme yöntemi bulunmadığı için, her örgüt kendi ihtiyaç ve şartlarına göre özgün bir performans değerlendirme yöntemi oluşturabilir (Argon & Eren, 2004: 226).

Performans değerlendirme çeşitli amaçlar için yapılabilmektedir. Bunlardan bir tanesi, değerlendirmenin ödeme miktarının belirleme amacıyla yapılmasıdır. Çünkü çalışanların örgütte en üst düzeyde katkı verebilmesi ve elinden gelenin en iyisini yapmasında ücretin (ödemelerin) önemli bir rolü vardır (Timur, 2005: 11). Çalışanlara yapılan performansa dayalı ödemeler, çalışanların motivasyonunun artırılarak sağlık hizmetlerinin niceliğini ve kalitesini artırmak amacıyla yapılmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2011: 116; Ireland vd., 2011: 695).

Sağlık sektöründe artan sağlık harcamaları ve bakım kalitesindeki eksiklikler sağlık hizmetlerinde etkinliği artırma ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır (Eijkenaar, 2012: 252). Sağlık hizmeti ödeme sisteminin hekimin davranışını ve sağlık sisteminin yapısını değiştirme potansiyeli literatürde ilgi uyandırmaktadır (Petersen, 2006: 265). Bu konuyla ilgili olarak performansa dayalı ödeme, umut verici bir yöntem olarak düşünülmektedir (Eijkenaar, 2012: 252). Performansa dayalı ödemeyle, hizmet sunucularına verilecek finansal teşvikler ve ödüller aracılığıyla, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması arzulanmaktadır (Lee vd., 2012: 277; Ireland vd., 2011: 695). Bu amaçla da performansa dayalı ödeme yaklaşımı giderek yaygınlaşmaktadır (Wilson, 2013:12; De Bruin, 2011: 1).

Performansa dayalı ödeme, birçok ülkede sağlık alanında giderek yaygınlaşmakla birlikte (Lee vd., 2012: 277) performansa dayalı ödemenin tüm dünyaca kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Performansa dayalı ödeme farklı kuruluşlar ve yazarlar tarafından farklı şekilde tanımlanmıştır (Cromwell vd., 2011: 7; OECD, 2010: 109). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'ya göre performansa dayalı ödeme bir nitelik ölçüsüne daha fazla ödeme yapılmasıdır (OECD, 2010: 110). British Medical Association (BMA)'ya göre ise, hizmet sunucularının yüksek performansa veya kaliteye ulaşması için maddi olarak ödüllendirilmesidir (BMA, 2015: 2). Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)'ye göre kalite iyileştirmeyi ve hasta odaklı bakımı artırmayı teşvik etmek için ödeme yöntemlerinin ve diğer teşviklerin kullanılmasıdır. World Bank'a göre ise teşvik esaslı ödemeler yoluyla sağlık sisteminin performansını artırmak için tasarlanmış bir dizi mekanizmadır (OECD, 2010: 110).

Performansa dayalı ödeme, klasik ödeme yöntemlerinden farklıdır. Hekimlere verilen maaş, hizmet başı ödemeler ve teşhisle ilişkili gruplar sağlık hizmetinin kalitesi için değil miktarı için ödenmektedir (OECD, 2010: 106). Hizmet başı ödeme daha fazla işlem yapmayı teşvik etmektedir. Bu nedenle sunulan sağlık hizmeti niceliksel olarak artmaktadır. Bu yöntemle sağlık hizmetine erişim kolay hale gelmektedir. Ancak sağlık hizmetinin kalitesini artırmada başarısız kalmaktadır (Cromwell vd., 2011: 2-8).

Ödemede yeni bir yöntem olarak kullanılan teşhisle ilişkili gruplar da kaliteyi ölçmemektedir (OECD, 2010: 106). Diğer taraftan performansa dayalı ödeme, hizmet sunucularının sunulan sağlık hizmetinin kalitesini, değerini ve maliyetini göz önüne almasını gerekli kılmaktadır. Performansa dayalı ödeme ile yapılan teşvikler doğrudan kalitenin artırılmasına ve maliyetlerin düşürülmesine yöneliktir (Cromwell vd., 2011: 2-8).

Performansa dayalı ödemenin teoride olduğu gibi pratikte de başarılı olabilmesi için, ödeme için hangi kriterlerin kullanılacağı, ödemenin miktarının ne olacağı, ödemenin bireye mi gruba mı yapılması gerektiği, bu ödemenin finansmanının nasıl sağlanacağı, sistemin hastaları nasıl etkileyeceği ve benzeri soruların cevaplanması gereklidir (Redd, 2005: 15). Birçok yazar, performansa dayalı ödemenin etkinliğinin sınırlı kalmasının tasarımıdaki kusurların bir sonucu olduğunu savunmaktadır. Yetersiz bir şekilde tasarlanmış programlar, sağlık hizmeti sunucularının istenmeyen tarzda davranışlar göstermesine neden olabilmektedir. Arzulanan sonuçların elde edilebilmesi için program tasarımında dikkatli olunması hayati önem taşımaktadır.

Program tasarımında cevaplanması gereken üç temel soru şu şekilde sıralanabilir (Eijkenaar, 2012: 252- 253):

İlk soru 'Ne teşvik edilecek?' sorusudur. Performans ölçüm seti, bir programın performans üzerindeki nihai etkisini belirler. Ölçüm seti az sayıda kriter içeriyorsa, hizmet sunucular orantısız bir şekilde teşvik edilen performansa odaklanabilir ve özellikle bakımın sürekliliği ve hasta memnuniyeti gibi teşvik edilmemiş belirsiz unsurlar göz ardı edilebilir. Bu nedenle kapsamlı ve değişken bir setin kullanılması gerekir (Eijkenaar, 2012: 253).

İkinci soru 'Teşvik kime verilecek?' sorusudur. Performansa dayalı ödemeler bireylere veya bir gruba/kuruma yapılabilir (De Bruin vd., 2011: 3; OECD, 2010: 112). Ödemede bireyleri hedeflemek genellikle vaka karmaşırlıkları, daha yüksek izleme maliyetleri ve düşük güvenilirlik nedeniyle daha zordur (OECD, 2010: 112). Grup düzeninde ise performans ödemeleri etkili bir şekilde grup üyelerine dağıtılamayabilir. Ancak, dengeli bir şekilde oluşturulmuş grup teşvikleri, bireysel teşviklerden daha uygun görünmektedir (Eijkenaar, 2012: 253-254). Bu nedenle ödemeler genellikle gruba/kuruma yapılmaktadır (OECD, 2010: 112).

Üçüncü soru 'Teşvik nasıl yapılacak?' sorusudur. İstenen hedeflere ulaşılması için ödüller (ödemede artış) ve cezalar (ödemede kesinti) kullanılabilir (De Bruin vd., 2011: 3). Bireyler, eşdeğer boyuttaki olumlu teşviklerden ziyade negatif teşviklerden daha fazla etkilenme eğilimi göstermektedir. Diğer

tarafından, olumsuz teşvikler haksız olarak algılanabilir ve olumsuz reaksiyonlara neden olabilir. Bu nedenle hangi durumda ödül, hangi durumda ise cezanın kullanılacağına dikkatli bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. İkinci husus teşvik miktarıdır. Elde edilen gelir arttıkça, gelire yanıt da artmaktadır. Bu nedenle teşvik sistemi, davranışları olumlu yönde etkileyecek kadar büyük olmalıdır. Ancak etkililik açısından değerlendirildiğinde, elde edilen gelirin marjinal faydasının azalması nedeniyle yüksek miktardaki teşviklerin düşük miktardaki teşviklerden daha etkili olduğu da söylenemez (Eijkenaar, 2012: 253-254). Bu nedenle en uygun teşvik miktarı belirlenmelidir. Üçüncü husus, verilen teşviklerin verilme sıklığıdır. Kısa süre içinde elde edilen ödüller uzun bir süre sonra elde edilecek ödüllerden daha etkilidir. Örneğin aylık alınacak 1 birim, yıllık alınacak 12 birimden daha etkilidir. Diğer bir husus, teşvik sisteminin ne kadar açık olduğudur. Teşvik sistemi belirsizlikler içermemeli ve ulaşılması mümkün olmayan hedefler belirlenmemelidir (Eijkenaar, 2012: 253-254; De Bruin vd., 2011: 3).

Hizmet sunucuları tarafından çoğunlukla hizmet başı ödeme kullanılmakla birlikte, bazı OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için sağlayıcılara performansa dayalı ödeme olarak bilinen teşvikler denmektedir. Bununla birlikte, kısmen iyi verilerin eksikliği yüzünden sunuculara (hastaneler, birinci basamak, entegre sistemler) yapılan ödemenin sağlık hizmetlerinin kalitesini önemli ölçüde artırıp artırmadığı veya yapılan parasal harcamaların karşılığının alınıp alınmadığı konusu belirsizliğini korumaktadır (OECD, 2010: 105; OECD, 2016: 2). Bu bağlamda, üç gelişmiş ülkenin performansa dayalı ödeme sistemi uygulamalarının incelenmesinde yarar vardır.

## 2.1. İngiltere (Birleşik Krallık)

Birleşik Krallık sağlık alanında kaliteli hizmetin verilmesini teşvik etmek için ilk girişim National Health Service (NHS - Ulusal Sağlık Servisi) tarafından 1980 yılında başlatılmış ancak bu girişim İngiliz Tabipler Birliği tarafından kabul edilmemiştir. Daha sonra, 1990 yılında bağışıklık çalışmalarının izlenmesi, artırılması ve varyasyonun azaltılmasını sağlamak üzere uygulamaya konmuştur (Wilson, 2013: 5). İngiltere 2004 yılında sonuçlar ve kalite bağlamında dünyanın en kapsamlı performansa dayalı ödeme sistemini başlatmıştır. İngiltere’de performansın değerlendirilmesinde klinik göstergeler, örgütsel göstergeler ve hasta deneyimi göstergeleri olmak üzere 3 farklı gösterge kullanılmaktadır. Klinik göstergeler 2006, 2009 ve 2011 yılında güncellenmiştir. 2012 yılında örgütsel göstergelerin bir kısmı halk sağlığı göstergeleriyle değiştirilmiştir (Hamel vd., 2014: 1944-1945).

## **2.2. Avustralya**

Avustralya'da performansa dayalı ödeme ilk olarak 1997 yılında çocuklara yönelik bağışıklama programları için kullanılmıştır. Medicare, Avustralya'da 1998 yılında Teşvik Programı Uygulaması kapsamında akreditasyon standartlarının karşılanması durumunda genel hekimlere teşvik sistemini uygulamaya koymuştur. Veteran's Affairs Department of the Commonwealth 2006 yılında performansa dayalı ödeme kapsamında hastanelerde cerrahi sonuçlar, hasta güvenliği ve memnuniyeti ile kronik hastalık yönetimi hedefleri doğrultusunda ödeme yapmaya başlamıştır. 2007 yılında kırsal kesimlerde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişimini artırmak üzere genel hekimler için 13 alanda teşvikler getirilmiştir. 2008 yılında ise 22 kamu hastanesinde Klinik Uygulamaları Geliştirme Ödemesi kapsamında aksaklık olduğu düşünülen uygulamalarda yeni bir teşvik sistemi başlatılmıştır (Wilson, 2013: 3).

## **2.3. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)**

ABD'de 2002 yılında performansa dayalı ödeme, pilot uygulama olarak başlatılmıştır. ABD Tıp Enstitüsü'nün çalışmaları neticesinde 2004 yılında kâr amacıyla faaliyet gösteren ve 20 milyon kişiyi kapsayan 37 program için performansa dayalı ödeme getirilmiştir. Bu uygulamayla hizmet sunucuların motivasyonu sağlanarak kalitenin artırılması hedeflenmiştir (Wilson, 2013: 5-6). ABD'de klinik kalite en önemli motivasyon (ödüllendirme) kriteri olarak kullanılmaktadır. Bunu kaynakların etkin kullanımı, bilgi teknolojilerine adaptasyon, hasta memnuniyeti ve yeniden yatış gibi unsurlar izlemektedir (Eijkenaar, 2012: 264-57; Committee for Economic Development-CED, 2016). Medicare ve Medicaid değer temelli veya kaliteye dayalı geri ödemeye önem vermektedir. Medicare performansa dayalı ödeme programları yoluyla daha yüksek oranda kalite temelli ödemelere geçmeyi planlamaktadır (CED, 2016).

## **3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME UYGULAMASI**

Türkiye'de T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki çalışanlara, performansa dayalı ek ödeme yapılması fikrine 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer verilmiştir. Bu programda istenen hedeflere ulaşılmasını sağlamak amacıyla sağlık çalışanlarına performansa göre ödeme yapılacağı belirtilmiştir. Performansa dayalı ödemeyle çalışanların motivasyonunun artırılması, nihai olarak ise sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun, kaliteli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir bir biçimde sunulması hedeflenmiştir (SDP, 2003: 39).

T. C. Sağlık Bakanlığı'nca yapılan performansa dayalı ödemeler, 1961/209



sayılı T. C. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Ezenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'a dayandırılarak yapılmaktadır (T. C. Resmi Gazete 2014-6514/37). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme başlangıçta (2004-2005) yönergeler düzenlemek suretiyle uygulamaya konulmuştur. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nin (PDEÖS) kalıcı bir yasal dayanağa kavuşturulması amacıyla 2006 yılında bu kanunun 5. maddesine ek fıkralar ilave edilmiştir (Aydın & Demir, 2007: 48,49). Bu yasal düzenlemeye dayanılarak 12.05.2006 tarihinde T. C. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır (T. C. Resmi Gazete, 2006/26166). Bu yönetmelik 20.05.2012 tarihine kadar yürürlükte kalmış ve bu süre zarfında birçok kez değişiklik yapılmıştır (T. C. Resmi Gazete, 2012/28298). T. C. Sağlık Bakanlığı'nca uygulanmakta olan PDEÖS ile ilgili 2013 yılında (T. C. Resmi Gazete, 2013/28559) yeni bir yönetmelik yayımlanmıştır. Günümüzde de yürürlükte olan bu yönetmelikte de birçok kez değişik yapılmıştır. Son değişiklik ise 30.09.2016 tarihinde yapılmıştır (T. C. Resmi Gazete, 2016/29843). Bahsedilen bu düzenlemeler beraberinde aşağıda açıklanan üç performans ölçüm sisteminde değişiklikler meydana getirmiştir.

### **3.1. Bireysel Performansın Ölçümü**

Başlangıçta (2004-2005) yönerge kapsamında uygulamadan elde edilen geri bildirimler dikkate alınarak değişiklikler yapılmış ve sürekli olarak geliştirilmiştir. Uygulamanın ilk yılı olan 2004 yılında daha çok bireysel ve niceliksel performans ölçütleri kullanılmıştır (Aydın & Demir, 2007: 48-59). Bu dönemde çalışanların elde ettiği gelirler; çalışan personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak belirlenmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönergesi, 9.2.2004/417 Makam Onayı). Performansa dayalı ödemenin ilk yıllarında, hekimlerin puanlarının hesaplanmasında serbest çalışanlarla kamuda tam gün çalışanlar arasında fark oluşturularak hekimlerin tam gün çalışmaları özendirilmiştir (Aydın & Demir, 2006: 44). Bireysel performans ölçümü kısmi değişiklikler ile günümüzde de uygulanmaya devam etmektedir (T. C. Resmi Gazete, 2012/28298; T. C. Resmi Gazete, 2013/28559; T. C. Resmi Gazete, 2016/29843).

### **3.2. Kurumsal Performansın Ölçümü**

Kurumsal performans ölçümü 2005 yılında yönerge ile sisteme dahil edilmiş ve bu ölçütlerde de 2006 ve 2007 yılında değişiklikler yapılmıştır.

Kurumsal performansı değerlendirmede kullanılan ölçütler; muayeneye erişim katsayısı, altyapı ve süreç değerlendirme katsayısı, hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri katsayısı, kurum verimlilik katsayısı, kuruluş verimlilik katsayısı ve kurumsal hedef katsayısıdır (Aydın & Demir, 2007: 59-67). Değerlendirme sonucunda kurum için ortaya çıkan performans düzeyi, kurumda çalışanların her biri için belirlenen bireysel performans puanlarının ek ödeme dönüştürme faktörü olarak kullanılmıştır. Eğer bir kurumda, kurumsal performans yüksek ise, çalışanların bireysel performansları daha fazla ödüllendirilmekteydi (Aydın & Demir, 2006: 46). 2013/28559 sayılı yönetmelik ile kalite katsayısı, dağıtılacak döner sermayeyi etkileyen faktör olarak belirlenmiştir. Buna göre, her bir sağlık tesisleri için kalite katsayısı hesaplanmaktadır. Bu katsayı da kurumda çalışanlara yapılacak ödemenin miktarını etkilemektedir. Günümüzde kalite katsayısı, taban puan (0,40) sağlıkta kalite standartları (0,35) ve hasta memnuniyet katsayısının (0,25) bileşimiyle hesaplanmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü-1, 2017).

### 3.3. Yönetici Performansının Ölçümü

T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde görev yapan yöneticiler (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire) için 2010 yılında performans kriterleri getirilmiştir. Bu kriterler 2 faktörden oluşmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2011: 118). Ana faktörler; kurumun borçluluk oranı, borçluluk süresi, hizmet kalite standartlarını karşılama düzeyi, ek ödemeyi zamanında dağıtma, zamanında faturalandırma ve performans hedefi katsayısından (bakanlıkça belirlenmiş hedefi gerçekleştirme) oluşmaktadır. Düzeltme faktörleri ise; bölgenin gelişmişliği, hastanenin türü, hastanenin yaşı, hastanenin mali büyüklüğü, yöneticinin görevden etkilenme (yöneticilerin görevine göre farklı katsayı) ve yöneticinin görevde bulunma süresidir (Korku, 2010: 61-65). Düzeltme faktörleri hastaneler ve yöneticiler arası farklılıkları ortadan kaldırmak amacıyla düzenlenmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2011: 118). Ancak Kamu Hastaneleri Birliklerinde 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı "T. C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye dayanılarak yöneticiler 20.11.2012 tarihi itibarıyla de sözleşmeli personel statüsünde çalıştırılmaya başlanmıştır. Bu nedenle yönetici performansının değerlendirilmesi için yönerge düzenlenmiştir. Hastanelerde sözleşmeli olarak çalışan yöneticilere ödenecek ek ödeme tutarı hesaplanırken, yöneticinin pozisyonuna göre değişen tavan ek ödeme tutarı başta olmak üzere, sağlık tesisi katsayısı (hastane rol katsayısı, sağlık tesisi yatak kapasite kullanımı katsayısı, sağlık tesisi tahakkuk verisi katsayısı) dikkate alınmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü -2, 2017).

Performansa dayalı ödemenin kaynağı olan döner sermaye bütçesi T. C. Sağlık Bakanlığı bütçesi içerisinde önemli bir paya sahiptir. 2017 yılı bütçe rakamlarına göre, T. C. Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık yarısı döner sermaye bütçesinden oluşmaktadır. Kamu Hastaneleri Kurumu, 2017 yılı bütçe rakamlarına göre T. C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar için tahsis edilen merkezi yönetim bütçesinin yaklaşık % 50'sini, döner sermaye bütçesinin ise yaklaşık % 90'ını kullanmaktadır. Kamu Hastaneleri Kurumu'na tahsis edilmiş olan döner sermaye bütçesinin ise yaklaşık % 45'i personel giderlerine ayrılmıştır (Akdağ, 2016: 6-8). T. C. Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı'nda, sağlık insan gücünün motivasyonunun artırılması ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğinin korunması için Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin geliştirilerek sürdürüleceğine, Türkiye Kamu Hastaneleri 2014-2018 Stratejik Planı'nda da Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin iyileştirilmesi amacıyla yeni bir Performans Esaslı Ek Ödeme Sisteminin geliştirileceğine yer verilmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, 2012: 97-113; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Planı, 2014: 47).

Performansa dayalı ek ödemenin uygulandığı dönemde Türkiye'deki sağlık sisteminde önemli değişiklikler olmuş, bu değişikliklerin ise çeşitli sonuçları ortaya çıkmıştır. Bu sonuçların tamamını performansa dayalı ödemeye atfetmek mümkün olmasa da bu sonuçların performansa dayalı ek ödemedeki etkilenmediğini de söylemek mümkün değildir. Bu değişimleri kısaca özetleyecek olursak, kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman hekim sayısı 2003 yılında % 11 iken, performansa dayalı ek ödeme ile 2007 yılında % 61'e (Akdağ, 2007: 61), 2011 yılında ise % 100'e ulaşmıştır (Akdağ, 2012: 306-307). Türkiye'de 2003 yılından 2010 yılına kadar kişi başı hekime yapılan başvuru sayısında 2 kattan daha fazla artış gerçekleşmiştir (OECD Statistics, 2016-1). Buna paralel olarak kişi başı yapılan sağlık harcamalarında da aynı dönemde USD cinsinden 2 kattan daha fazla artış olmuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2013: 168). Ortalama yatış süresi 2003 yılında 5,5 gün iken 2010 yılında 3,9 güne düşmüştür (OECD Statistics, 2016-2). Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ise yükselmiştir. Sağlık hizmetlerinden memnun olma oranı, 2003 yılında % 39,5 iken 2011 yılında bu oran % 76'ya yükselmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2011: 3). 2015 yılı itibarıyla de % 72,3 olarak gerçekleşmiştir (Akdağ, 2016: 11).

Türkiye'de uygulanan performansa dayalı ödemede birçok kez değişiklik yapılması sistemin değişim geçirdiğini göstermektedir. Dünyadaki uygulamalar bakımından da performansa dayalı ödemelerin değişim süreci geçirdiği (OECD, 2010: 15; Cromwell vd., 2011: 14), performansa dayalı ödeme ile ilgili kesin sonuçlar çıkarmak için kanıtların sınırlı olduğu

(Kondo, 2016) ve performansa dayalı ödemenin kaliteye etkileri, uygulanan sisteme bağlı olarak farklılıklar gösterebileceği (Wilson, 2013: 2-13) vurgulanmaktadır. Literatür incelendiğinde performansa dayalı ödemenin kaliteye etkilerinin tartışıldığı görülmektedir (OECD, 2010: 5; Boxall, 2009: 1; Wilson, 2013: 2).

#### **4. PERFORMANSA DAYALI ÖDEMEYLE KALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Sağlık hizmetlerinde hasta merkezli sonuçlar üzerine odaklanmak ve buna göre ödeme yapmak Donabedian'ın kavramsal çerçevesine dayanmaktadır. Avedis Donabedian (1966) sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmek için yapı, süreç ve sonuç üçlüsünün kullanılmasını önermiştir (Ayanian & Markel, 2016: 206). Scheffler (2008) de performansa dayalı ödeme sisteminin değerlendirilmesinde yapı, süreç ve sonuç ölçüleri kullanılmasını gerektiğini bildirmiştir (OECD, 2010: 113). Yapı; sağlık hizmeti üretim sürecindeki girdilerdir. Bu girdiler, insan kaynakları (doktorlar, hemşireler ve diğer personel), tıbbi malzeme, tesis, bilgi teknolojileri, yönetim destek sistemleri, tıbbi araç gereçler, ilaçlar ve diğer kaynaklardır. Süreç; hizmet sunucusunun teşhis ve tedavilerde klinik normlar, rehber ve tıbbi uygulamalara göre hareket etmesidir. Süreçle ilgili problemler, yetersiz kullanım, yanlış kullanım ve aşırı kullanım olabilir. Sonuç; sağlık hizmetlerinin nihai hedefi mortalite ve morbiditenin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde bu üç unsurun birbirlerine herhangi bir üstünlüğü bulunmamaktadır. Ancak performansa dayalı ödemede süreçler daha fazla kullanılmaktadır. Ancak süreçler için alınan önlemler tek başına yetersiz kaldığından süreç ölçüleri yapı ve sonuç ölçüleriyle birlikte kullanılmalıdır (Cromwell vd., 2011: 101).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerine yapılmış olan çalışmalarda, kaliteli hizmetin çeşitli boyutlardan meydana geldiği belirtilmiştir. Avenis Donabedian 1990 yılındaki çalışmasında, kalitenin; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyet olmak üzere 7 boyuttan oluştuğunu ileri sürmüştür (Zineldin & Zineldin, 2014: 3). Maxwell ise kalitenin; etkililik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişilebilirlik, hakkaniyet ve uygunluk olmak üzere 6 boyuttan oluştuğunu ifade etmiştir (Maxwell, 1992: 171). IOM da sağlık hizmetlerinin bu 6 temel boyutu gerçekleştirmek üzere oluşturulduğunu ileri sürmüştür. Bu boyutlar ise sağlık hizmetinin güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil olarak sunulmasıdır (IOM, 2001: 3). Bu boyutlar sağlık hizmeti kalitesinin artırılması için gerekli unsurlardır. Özellikle Donabedian ve IOM tarafından oluşturulmuş olan kavramsal çerçeve, performansa dayalı ödemede kalitenin ölçülmesinde araştırmacılara ve politika yapıcılara en fazla rehberlik eden çerçevedir (Cromwell vd., 2011: 100).

Çünkü performansa dayalı ödeme nihayetinde hizmet kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Ancak performansa dayalı ödemenin temel amacı hizmet kalitesini artırmak olsa da bu konuyla ilgili yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların bir kısmında performansa dayalı yapılan ödemenin sunulan hizmetin kalitesini artırdığı, bir kısmında ise artırmadığı sonucuna varılmıştır (Wilson, 2013: 2).

Performansa dayalı ödeme açısından dünya genelinde farklı uygulamaların olduğu buna bağlı olarak da farklı sonuçların ortaya çıkabileceğine vurgu yapılmaktadır. Ayrıca bu uygulamalardan elde edilen kanıtların yetersiz olduğu görüşü bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu araştırmanın amacı, T. C. Sağlık Bakanlığı'nca hastanelerde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hizmet kalitesine etkilerini ortaya çıkarmaktır.

## **5. YÖNTEM**

### **5.1. Veri Toplama Aracı**

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hizmet kalitesine etkilerini ortaya çıkarmak için 32 soruluk bir anket kullanılmıştır. Anketteki sorular literatür araştırması yapıldıktan sonra araştırmacılar (CK ve SK) tarafından oluşturulmuştur. Bu sorular, sunulan sağlık hizmetinin; etkili, verimli, (Donabedian, Maxwell, IOM) güvenli, zamanında, hasta merkezli (IOM), hakkaniyete uygun, kabul edilebilir (Donabedian, Maxwell), yasal (Donabedian), profesyonel kaliteye uygun (Donabedian, AMA) bir şekilde verilme durumunu ne yönde etkilediğini ortaya çıkarmaya yöneliktir. Araştırmanın soruları, hastaların verilen sağlık hizmetinin niteliğini ve sonuçlarını değerlendirmede belirli kriterlerle sınırlı kalması nedeniyle hastanede çalışan yöneticilere ve sağlık personeline yönelik hazırlanmıştır. Araştırma için izin alındıktan sonra, hazırlanan anketin ön uygulaması 04.01.2010-16.01.2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankette anlaşılmayan sorular anlaşılır hale getirilerek veri toplamaya uygun hale getirilmiştir. Araştırma 25.01.2010-30.04.2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde bulunan T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı büyük bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hastane yöneticileri ile kliniklerde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. PDEÖS öncesinde de bu hastanede çalışmakta olan kişilerin PDEÖS'ün etkilerini daha doğru bir şekilde değerlendireceği düşüncesinden hareketle PDEÖS'ün uygulama konulduğu 2004 yılından önce çalışmaya başlamış ve araştırmanın yapıldığı sırada çalışmaya devam etmekte olan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Bu koşul göz önünde bulundurulduğunda aktif olarak çalışan 2200 kişiden

1195'inin 2004 yılından önce de bu hastanede çalıştığı, araştırmanın yapıldığı sırada da bu hastanede çalışmaya devam ettiği tespit edilmiştir. Araştırmaya dahil olmak için ikinci koşul ise idari hizmetlerde çalışan yönetici olma veya kliniklerde çalışan sağlık personeli olma kriteridir. Bu kriter göz önünde bulundurulduğunda birinci kriteri karşılayan 1195 kişiden 428'i bu kriteri karşılamıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Meslek grupları içerisinde klinik şef ve yardımcılarında çalışmaya katılım çok düşük düzeyde kaldığı için, cevaplanan anketlerin klinik şef ve yardımcılarını temsil etmeyeceği gerekçesiyle klinik şef ve yardımcılarını da araştırmadan çıkartılmıştır. Araştırmaya toplam 343 kişiden 212'si katılmıştır; anketin cevaplanma oranı % 61,8'dir.

### 5.3. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, Statistical Package for Social Science (SPSS17.0) programına aktarılarak analiz edilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Gruplar arasında nitel değişkenler açısından fark olup olmadığı Pearson Ki-Kare ve Olabilirlik Oranı (likelihood) Ki-Kare Testleriyle incelenmiştir. İki'den fazla grup arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için tüm gruplar Ki-Kare Testiyle ikili karşılaştırılmıştır. Testlerin analizinde p değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 6. BULGULAR

Araştırmaya katılan 212 kişinin yaş ortalaması 39,75'tir. Bunların 153'ü kadın, 59'u ise erkektir. Araştırmaya katılanların buldukları kurumda ortalama çalışma süresi yaklaşık 14 yıldır. Katılımcıların mesleklerine göre araştırmaya katılım oranları Çizelge 1'de verilmiştir.

**Çizelge 1. Meslek Gruplarına Göre Araştırmaya Katılım Oranları**

| Meslek Grupları            | Evren      |              | Cevaplanan Anket |              | Katılım Oranı |
|----------------------------|------------|--------------|------------------|--------------|---------------|
|                            | N (a)      | %            | n (b)            | %            | % (b/a)       |
| <b>Yönetici</b>            | <b>36</b>  | <b>10,50</b> | <b>27</b>        | <b>12,74</b> | <b>75,00</b>  |
| Başhekim/Başhekim Yrd.     | 14         | 4,08         | 9                | 4,25         | 64,29         |
| Müdür/Müdür Yrd.           | 12         | 3,50         | 10               | 4,72         | 83,33         |
| Başhemşire/Başhemşire Yrd. | 10         | 2,92         | 8                | 3,77         | 80,00         |
| <b>Hekim</b>               | <b>122</b> | <b>35,57</b> | <b>56</b>        | <b>26,42</b> | <b>45,90</b>  |
| Uzman                      | 113        | 32,94        | 50               | 23,58        | 44,25         |
| Asistan                    | 4          | 1,17         | 3                | 1,42         | 75,00         |

|                               |                 |            |               |            |               |              |
|-------------------------------|-----------------|------------|---------------|------------|---------------|--------------|
|                               | Pratisyen       | 5          | 1,46          | 3          | 1,42          | 60,00        |
| <b>Diğer Sağlık Personeli</b> |                 | <b>185</b> | <b>53,94</b>  | <b>129</b> | <b>60,85</b>  | <b>69,73</b> |
|                               | Sorumlu Hemşire | 44         | 12,83         | 27         | 12,74         | 61,36        |
|                               | Hemşire         | 70         | 20,41         | 52         | 24,53         | 74,29        |
|                               | Ebe             | 42         | 12,24         | 30         | 14,15         | 71,43        |
|                               | Sağlık Memuru   | 16         | 4,66          | 13         | 6,13          | 81,25        |
|                               | Fizyoterapist   | 7          | 2,04          | 4          | 1,89          | 57,14        |
|                               | Psikolog        | 6          | 1,75          | 3          | 1,42          | 50,00        |
| <b>Toplam</b>                 |                 | <b>343</b> | <b>100,00</b> | <b>212</b> | <b>100,00</b> | <b>61,81</b> |

Araştırmaya katılanlar; idari hizmetlerde çalışan yöneticiler, kliniklerde çalışan hekimler ve kliniklerde çalışan diğer sağlık personeli olmak üzere üç ana grupta incelenmiştir. Araştırmaya en yüksek katılım (83,33 %) hastane müdür/müdür yardımcısı, en düşük katılım (44,25 %) uzman hekimlerde gerçekleşmiştir. Dikkat çeken hususlardan biri de yukarıda da belirtilen çalışma süresi kriteri (2004 yılından daha önce bu hastanede çalışmaya başlamış olma) nedeniyle araştırmanın yapıldığı sırada hastanede 567 asistan hekim görev yapmakta olmasına karşın bunlardan yalnızca 4'ü bu kriteri sağlayabilmiştir. Bu nedenle asistan hekimlerin çok büyük bir kısmı (neredeyse tamamına yakını) araştırmaya dâhil edilememiştir (Çizelge 1).

Araştırmada hizmet kalitesini çalışanların bakış açılarıyla değerlendirmek üzere hazırlanmış olan 32 soruluk ankete katılımcıların vermiş oldukları cevaplar Çizelge 2'de gösterilmiştir.

**Çizelge 2. PDEÖS Öncesine Göre Hizmet Kalitesindeki Değişime İlişkin Katılımcıların Değerlendirmeleri**

| Sıra No | PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre                  | Azaldı |      | Değişmedi |      | Arttı |      |
|---------|---|--------|------|-----------|------|-------|------|
|         |   | n      | %    | n         | %    | n     | %    |
| 1       | Hastaların muayene için beklediği süre          | 123    | 59,4 | 77        | 37,2 | 7     | 3,4  |
| 2       | Hastaların tetkik için beklediği süre           | 142    | 68,3 | 51        | 24,5 | 15    | 7,2  |
| 3       | Hastaların hastaneye yatmak için beklediği süre | 149    | 71,6 | 48        | 23,1 | 11    | 5,3  |
| 4       | Hastaların ameliyat olmak için beklediği süre   | 145    | 74,4 | 44        | 22,6 | 6     | 14,5 |
| 5       | Hastaların hizmet almasının kolaylığı           | 17     | 8,1  | 60        | 28,7 | 132   | 63,2 |

|    |  |     |      |     |      |     |      |
|----|--|-----|------|-----|------|-----|------|
| 6  | Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi  | 45  | 21,2 | 88  | 41,5 | 79  | 37,3 |
| 7  | Hasta memnuniyeti  | 25  | 12,3 | 70  | 34,3 | 109 | 53,4 |
| 8  | Gereksiz tetkikler   | 31  | 15,0 | 60  | 29,0 | 116 | 56,0 |
| 9  | Gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller)   | 23  | 11,3 | 51  | 25,0 | 130 | 63,7 |
| 10 | Hasta başına düşen muayene süresi  | 128 | 61,5 | 69  | 33,2 | 11  | 5,3  |
| 11 | Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleler   | 29  | 15,0 | 68  | 35,2 | 96  | 49,7 |
| 12 | Etik olmayan uygulamalar   | 24  | 12,4 | 70  | 33,0 | 99  | 46,7 |
| 13 | Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri göz önünde bulundurması  | 29  | 14,4 | 86  | 42,6 | 87  | 43,1 |
| 14 | Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların israfı  | 30  | 14,6 | 88  | 42,7 | 88  | 42,7 |
| 15 | Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması   | 31  | 14,7 | 67  | 31,8 | 113 | 53,6 |
| 16 | Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum, sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi | 22  | 10,5 | 172 | 81,9 | 16  | 7,6  |
| 17 | Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.) uygunluğu  | 41  | 19,3 | 143 | 67,5 | 28  | 13,2 |
| 18 | Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılması  | 52  | 25,0 | 135 | 64,9 | 21  | 10,1 |
| 19 | Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem  | 61  | 30,0 | 113 | 55,7 | 29  | 14,3 |
| 20 | Tıbbi hatalar (uygulama hataları)  | 40  | 20,8 | 91  | 47,4 | 61  | 31,8 |
| 21 | Komplikasyonlar  | 31  | 16,5 | 94  | 50,0 | 63  | 33,5 |
| 22 | Hastane kaynaklı enfeksiyonlar   | 33  | 18,6 | 87  | 49,2 | 57  | 32,2 |
| 23 | Hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamalar  | 39  | 19,0 | 103 | 50,2 | 63  | 30,7 |
| 24 | Hastaların gereksiz yattığı günler (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması)   | 52  | 25,9 | 99  | 49,3 | 50  | 24,9 |
| 25 | Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi  | 22  | 11,0 | 102 | 51,0 | 76  | 38,0 |
| 26 | Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesi   | 45  | 21,4 | 120 | 57,1 | 45  | 21,4 |
| 27 | Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesi   | 49  | 23,6 | 97  | 46,6 | 62  | 29,8 |
| 28 | Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu   | 92  | 43,8 | 86  | 41,0 | 32  | 15,2 |
| 29 | Hastalardan gelen şikâyetler   | 36  | 18,7 | 69  | 35,8 | 88  | 45,6 |



|    |   |     |      |     |      |    |      |
|----|---|-----|------|-----|------|----|------|
| 30 | Hastalar ile sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesi | 78  | 36,8 | 104 | 49,1 | 30 | 14,2 |
| 31 | Çalışanlar arasındaki işbirliği   | 87  | 41,0 | 99  | 46,7 | 26 | 12,3 |
| 32 | Sağlık hizmeti sunanların (personelin) çalışma isteği                   | 110 | 51,9 | 80  | 37,7 | 22 | 10,4 |

Katılımcıların büyük çoğunluğu, hastaların muayene (% 59,4), tetkik (% 68,3), hastaneye yatmak (% 71,6) ve ameliyat olmak (% 74,4) için beklediği sürelerin azaldığını ifade etmiştir. Buna göre bekleme sürelerinin kısaldığı söylenebilir.

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (% 63,2) “hastaların hastaneden hizmet alımının daha kolay hale geldiği görüşüne” katılmıştır. Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi ile ilgili ifadeye değişmediği yönünde fikir beyan edenlerle (% 41,5), artış gösterdiği yönünde görüş beyan edenler (% 37,3), oransal olarak birbirlerine yakındır. Bu değerlendirmelere göre, hastaların hastaneden hizmet alması kolaylaşmış, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi değişmemiş ya da kısmen artış göstermiştir. Katılımcıların yarısından fazlasına (% 53,4) göre hasta memnuniyeti artmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, “gereksiz tetkiklerin” (% 56,0), “gereksiz yatışların” (% 63,7) arttığı ve “hasta başına düşen muayene süresinin ise azaldığı” (% 61,5) görüşüne katılmıştır. Katılımcıların yarıya yakını ise “endikasyonsuz müdahalelerin” (% 49,7) ve “etik dışı uygulamaların” (% 46,7) arttığı görüşünü paylaşmıştır. Buna göre PDEÖS gereksiz kullanıma, hasta muayene süresinin azalmasına, endikasyonsuz müdahalelerin ve etik dışı uygulamaların artmasına neden olmuştur.

“Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri göz önünde bulundurması” ifadesine katılımcıların verdikleri cevaplar incelendiğinde, değişmedi diyenler (% 42,6) ile arttı diyenler (% 43,1) birbirine oldukça yakındır. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların israfı ifadesine değişmedi diyenler (% 42,7) ile arttı diyenler (% 42,7) birbirine eşittir. Bu değerlendirmelere göre kaynakların israf edildiği söylenebilir.

“Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması” ifadesine katılımcıların yarısından fazlası (% 53,6) “arttı” cevabını vermiştir. Bu değerlendirme neticesinde PDEÖS öncesine göre tıbbi kayıtların daha eksiksiz ve doğru olarak tutulduğu söylenebilir.

“Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum, sosyo-ekonomik durum)

bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi" ifadesine katılımcıların çok büyük bir kısmı (% 81,9) 'değişmedi' cevabını vermiştir. Bu konuda PDEÖS öncesine göre bir değişiklik olmadığı söylenebilir.

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi hizmet sunulan ortamın "fiziki şartlarının (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.) uygunluğu" (% 67,5) ve "hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılması" (% 64,9), ifadesine "değişmedi"; yine katılımcıların yarısından fazlası, "koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem" ifadesine "değişmedi" (% 55,7) cevabını vermiştir. Bu üç konuda da PDEÖS öncesine göre değişiklik olmadığı söylenebilir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı; "tıbbi hatalar" (% 47,4), "komplikasyonlar" (% 50), "hastane kaynaklı enfeksiyonlar" (% 49,2), "hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamaların" (% 50,2) değişmediğini belirtmiştir. Ancak bu ifadelere arttı diyenler azaldı diyenlere göre fazladır.

"Hastaların gereksiz yattığı günler" ifadesine katılımcıların yaklaşık yarısı "değişmedi" (% 49,3) cevabını vermiştir. Bu ifadeye arttı diyenlerle azaldı diyenler hemen hemen eşittir. "Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi" ifadesine ise katılımcıların yarısından fazlası "değişmedi" (% 51) cevabını vermiştir. Ancak bu ifadeye arttı diyenler azaldı diyenlerin üç katından fazladır. Bu değerlendirmeye göre kısmen de olsa PDEÖS öncesine göre hastaların daha kısa sürede taburcu edildiği söylenebilir.

"Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesi" ifadesine katılımcıların yarısından fazlası (% 57,1) "değişmedi" cevabını vermiştir. Bu ifadeye "arttı" diyenler ile "azaldı" diyenler birbirine eşittir. "Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesi" ifadesine katılımcıların yarıya yakını (% 46,6) "değişmedi" cevabını vermiştir. Bu ifadeye "arttı" diyenlerle "azaldı" diyenler birbirine oldukça yakındır. Bu iki konuda PDEÖS öncesine göre değişiklik olmadığı söylenebilir.

"Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma" durumuna azaldı (% 43,8) diyenler ile "değişmedi" (% 41) diyenler birbirine çok yakındır. Arttı diyenler ise azaldı diyenlerin üçte biri kadardır. "Hastaların sorularını rahatça sorma ve sorularına cevap bulma" durumunun kısmen olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

"Hastalardan gelen şikâyetler" ifadesine "arttı" (% 45,6) diyenler, "değişmedi" (% 35,8) diyenlerden fazladır. "Arttı" diyenler "azaldı" diyenlerin ise yaklaşık üç katıdır.

“PDEÖS öncesine göre hastalar ile sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesi” ifadesine katılımcıların yaklaşık yarısı (% 49,1) “değişmedi” cevabını vermiştir. Ancak bu ifadeye “azaldı” diyenler “arttı” diyenlerin yaklaşık 2,5 katıdır.

“PDEÖS öncesine göre çalışanlar arasındaki işbirliği” ifadesine çalışanların yarıya yakını (% 46,7) “değişmedi” cevabını vermelerine karşın önemli bir kısmı da (% 41,0) “azaldı” cevabını vermiştir. “Azaldı” diyenler “arttı” diyenlerin 3 katından fazladır. Bundan hareketle çalışanlar arasındaki işbirliğinin kısmen azaldığı söylenebilir.

“PDEÖS öncesine göre sağlık hizmeti sunanların (personelin) çalışma isteği” ifadesine çalışanların yarısından fazlası “azaldı” (% 51,9) cevabını vermiştir. Bu ifadeye “arttı” (% 10,4) diyenler ise oldukça azdır. Buna göre çalışanların önemli bir kısmının çalışma isteğinin azaldığı söylenebilir.

Araştırmada yer alan ifadeler verilen cevaplar açısından gruplar arasında fark olup olmadığı, fark varsa farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı analiz edilmiştir. Analiz sonucunda 32 sorudan 10’unda gruplar arasında anlamlı fark çıktığı tespit edilmiştir. Unvan açısından gruplar arasındaki farklılıklarla ilişkin bulgular Çizelge 3’te gösterilmiştir.

**Çizelge 3. Katılımcıların Unvana Göre Gruplar Arasındaki Farklara İlişkin Bulgular**

| Sıra No | PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre        | Unvan<br>A: Yönetici<br>B: Hekim<br>C: Diğ. Sağ. P. | Azaldı |      | Değişmedi |      | Arttı |      | Fark       | x <sup>2</sup> | p     |
|---------|---------------------------------------|---|--------|------|-----------|------|-------|------|------------|----------------|-------|
|         |                                       |   | n      | %    | n         | %    | n     | %    |            |                |       |
| 2       | Hastaların tetkik için beklediği süre | Yönetici  | 14     | 51,9 | 12        | 44,4 | 1     | 3,7  | A-B<br>A-C | 11,414         | 0,022 |
|         |                                       | Hekim   | 42     | 79,2 | 10        | 18,9 | 1     | 1,9  |            |                |       |
|         |                                       | Diğer Sağ. Pers.                                    | 86     | 67,2 | 29        | 22,7 | 13    | 10,2 |            |                |       |
| 7       | Hasta memnuniyeti                     | Yönetici  | 1      | 3,7  | 14        | 51,9 | 12    | 44,4 | B-C        | 12,654         | 0,013 |
|         |                                       | Hekim   | 3      | 5,6  | 14        | 25,9 | 37    | 68,5 |            |                |       |
|         |                                       | Diğer Sağ. Pers.                                    | 21     | 17,1 | 42        | 34,1 | 60    | 48,8 |            |                |       |
| 11      | Endikasyonsuz “uygunsuz” müdahaleler  | Yönetici  | 1      | 4,0  | 7         | 28,0 | 17    | 68,0 | A-C<br>B-C | 23,554         | 0,00  |
|         |                                       | Hekim   | 1      | 1,9  | 16        | 30,2 | 36    | 67,9 |            |                |       |
|         |                                       | Diğer Sağ. Pers.                                    | 27     | 23,5 | 45        | 39,1 | 43    | 37,4 |            |                |       |

|    |   |                  |    |      |    |      |    |      |     |        |       |
|----|---|------------------|----|------|----|------|----|------|-----|--------|-------|
| 12 | Etik olmayan uygulamalar  | Yönetici         | 3  | 12,0 | 6  | 24,0 | 16 | 64,0 | A-B | 21,574 | 0,00  |
|    |   | Hekim            | 0  | 0,0  | 16 | 29,1 | 39 | 70,9 |     |        |       |
|    |   | Diğer Sağ. Pers. | 21 | 18,6 | 48 | 42,5 | 44 | 38,9 | B-C |        |       |
| 15 | Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması        | Yönetici         | 2  | 7,7  | 11 | 42,3 | 13 | 50,0 | B-C | 10,901 | 0,028 |
|    |   | Hekim            | 15 | 26,8 | 12 | 21,4 | 29 | 51,8 |     |        |       |
|    |   | Diğer Sağ. Pers. | 14 | 10,9 | 44 | 34,1 | 71 | 55,0 |     |        |       |
| 19 | Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem | Yönetici         | 9  | 33,3 | 14 | 51,9 | 4  | 14,8 | A-B | 13,659 | 0,008 |
|    |   | Hekim            | 21 | 40,4 | 31 | 59,6 | 0  | 0,0  |     |        |       |
|    |   | Diğer Sağ. Pers. | 31 | 25,0 | 68 | 54,8 | 25 | 20,2 | B-C |        |       |
| 20 | Tıbbi hatalar (uygulama hataları)                                       | Yönetici         | 2  | 10,5 | 13 | 68,4 | 4  | 21,1 | B-C | 21,353 | 0,00  |
|    |   | Hekim            | 1  | 2,0  | 29 | 56,9 | 21 | 41,2 |     |        |       |
|    |   | Diğer Sağ. Pers. | 37 | 30,3 | 49 | 40,2 | 36 | 29,5 |     |        |       |
| 21 | Komplikasyonlar   | Yönetici         | 0  | 0,0  | 11 | 73,3 | 4  | 26,7 | A-C | 16,451 | 0,002 |
|    |   | Hekim            | 2  | 3,9  | 32 | 62,7 | 17 | 33,3 |     |        |       |
|    |   | Diğer Sağ. Pers. | 29 | 23,8 | 51 | 41,8 | 42 | 34,4 | B-C |        |       |
| 22 | Hastane kaynaklı enfeksiyonlar  | Yönetici         | 3  | 14,3 | 11 | 52,4 | 7  | 33,3 | B-C | 12,202 | 0,016 |
|    |   | Hekim            | 2  | 4,8  | 29 | 69,0 | 11 | 26,2 |     |        |       |
|    |   | Diğer Sağ. Pers. | 28 | 24,6 | 47 | 41,2 | 39 | 34,2 |     |        |       |
| 31 | Çalışanlar arasındaki işbirliği   | Yönetici         | 15 | 55,6 | 7  | 25,9 | 5  | 18,5 | A-C | 13,083 | 0,011 |
|    |   | Hekim            | 29 | 51,8 | 25 | 44,6 | 2  | 3,6  |     |        |       |
|    |   | Diğer Sağ. Pers. | 43 | 33,3 | 67 | 51,9 | 19 | 14,7 | B-C |        |       |

“Hastaların tetkik için beklediği süre” bakımından, yöneticiler ile kliniklerde çalışan hekimler ve yöneticiler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Yöneticiler, “PDEÖS öncesine göre hastaların tetkik için beklediği sürelerin azaldığı” görüşüne diğer iki gruba göre daha düşük düzeyde katılmıştır.

“Hasta memnuniyeti” ifadesine verilen cevaplar açısından hekimler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark bulunmuştur  $p<0,05$ . “PDEÖS öncesine göre hasta memnuniyeti arttı” fikrine hekimler diğer sağlık personeline göre daha yüksek oranda katılmıştır.

“Endikasyonsuz müdahaleler” ile ilgili ifadede diğer sağlık personeli ile hekimler ve diğer sağlık personeli ile yöneticiler arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer sağlık personeli, “PDEÖS öncesine göre

endikasyonsuz müdahalelerin arttığı” görüşüne diğer iki gruba göre daha düşük düzeyde katılmıştır.

“Etik olmayan uygulamalar” açısından hekimler ile yöneticiler ve hekimler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Hekimler “PDEÖS öncesine göre etik olmayan uygulamaların arttığı” görüşüne diğer iki gruba göre daha fazla katılmaktadır.

“Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması” ifadesine verilen cevaplar bakımından hekimler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu ifadeye diğer sağlık personeli, hekimlere göre daha yüksek oranda ‘arttı’ cevabını vermiştir.

“Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem” bakımından hekimler ile yöneticiler ve hekimler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Üç grubun büyük çoğunluğu koruyucu hizmetlere verilen önemin değişmediğini ifade etmelerine karşın hekimlerin önemli bir kısmı da koruyucu hizmetlere verilen önemin azaldığı yönünde görüş bildirmişlerdir.

“Tıbbi hatalarla” ilgili ifadeye verilen cevaplar açısından hekimler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Hekimler, PDEÖS öncesine göre tıbbi hataların değişmediği ve arttığı görüşüne diğer iki gruba göre daha fazla katılmaktadır. Diğer sağlık personeli ise her üç seçeneğe de hemen hemen aynı düzeyde katılmaktadır.

“Komplikasyonlarla” ilgili ifadeye verilen cevaplar açısından diğer sağlık personeli ile yöneticiler ve diğer sağlık personeli ile hekimler arasında fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer sağlık personelinin PDEÖS öncesine göre değişiklik olmadığı yönündeki fikre katılımı diğer iki gruba göre düşüktür.

“Hastane kaynaklı enfeksiyonlar” ile ilgili ifadede verilen cevaplar açısından, hekimler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Hekimler, diğer sağlık personeline göre hastane kaynaklı enfeksiyonların değişmediği görüşüne daha büyük oranda katılmıştır.

“Çalışanlar arasındaki işbirliği” ifadesine verilen cevaplar açısından yöneticiler ile hekimler ve yöneticiler ile diğer sağlık personeli anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer sağlık personeli büyük ölçüde değişmediği, yöneticiler ile hekimler ise çoğunlukla azaldığı yönünde görüş bildirmiştir.

## 7. TARTIŞMA

Bu çalışmada Türkiye'deki hastanelerde uygulanan PDEÖS'ün hizmet kalitesine etkileri sağlık çalışanlarına yönelik olarak hazırlanmış olan anket ile araştırılmıştır. Araştırmada hizmet kalitesini değerlendirmek için oluşturulan anketteki ifadelerle sağlık çalışanlarının verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Verilen cevaplar bakımından gruplar (yönetici, hekim, diğer sağlık personeli) arasında anlamlı fark olup olmadığı da analiz edilmiştir.

Anketteki ilk dört ifade bekleme süreleriyle ilgilidir. Bekleme süreleri, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin bir göstergesidir ve Maxwell'e göre ise erişilebilirlik kalitenin altı boyutundan biridir (Maxwell, 1992: 171). ABD Tıp Enstitüsü de sağlık hizmetlerinin zamanında verilmesi, beklemenin ve gecikmelerin azaltılması gerektiğini belirtmiştir (IOM, 2001: 6). Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, bekleme sürelerinde (muayene, tetkik, hastaneye yatmak ve ameliyat) önemli ölçüde azalma meydana gelmiş ve hastanın hizmet alımı da kolay hale gelmiştir. Bu değişimler hastaların sağlık hizmetine erişimi açısından oldukça önemlidir. T. C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan performans dayalı ödemeyle, hem tam gün çalışan hekimlerin daha fazla çalışmaları hem de tam gün çalışmayan hekimlerin tam gün çalışmaları teşvik edilmiştir (Aydın & Demir, 2006: 44). Türkiye'de 2002 yılından 2010 yılına kadar kişi başına hastaneye müracaat sayılarında 2 katından, ameliyat sayısında 4 katından daha fazla artış olmuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2011: 97, 101). Sağlık hizmetinin arzını artırmaya yönelik uygulamaların bu açıdan başarılı olduğu söylenebilir. Ancak burada irdelenmesi gereken husus, bu kullanımın ne kadarının gerekli olduğu; gereksiz kullanım olup olmadığıdır. Tüm toplumun yararı açısından sağlık hizmetlerinin kullanımında optimum dengenin yakalanması önemlidir. Bunun için de hizmete yeterli erişimin sağlanması, gereksiz kullanımın ise önlenmesi gerekir. Ayrıca bekleme sürelerinin azalması, hastaya ayrılan süreyi de azaltabilir. Bu husus da göz ardı edilmemelidir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesinde kısmen artış olmuştur. Bu iyileşme performansa dayalı ek ödemeyle verilen teşviklerin etkili olduğunu göstermektedir. Hizmete erişimin de artmış olması bu sonucu desteklemektedir.

Bu araştırmanın bulgularına göre hasta memnuniyeti artmıştır. T. C. Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu çalışmalarda da performans dayalı ödemeyle birlikte hasta memnuniyetinde önemli ölçüde artış olduğu ortaya çıkmıştır

(Akdağ, 2012: 52). Bu iki sonuç birbirini desteklemektedir. Ancak hasta memnuniyeti bir kalite göstergesi olmasına karşın klinik süreçler ve sonuçlarla değil (Eijkenar, 2013: 118), kullanım düzeyiyle (yüksek maliyet) ilişkili bulunmuştur (Fenton vd., 2012: 409). OECD'ye (2010) göre hem aşırı kullanımın engellenmesi hem de hasta memnuniyetinin yüksek düzeyde tutulması ödeme sisteminin başarması gereken zor bir konudur (OECD, 2010: 62). PDEÖS'ün uygulanması ile birlikte hasta memnuniyetindeki artışa paralel olarak sağlık hizmeti kullanımında da artış olduğu görülmektedir. Buna göre hasta memnuniyetindeki artış, sağlık hizmeti kullanımındaki artışa bağlı olabilir.

Bu araştırmanın bulgularına göre performansa dayalı ek ödemeye gereksiz tetkikler, hastaneye gereksiz yatışlar ve endikasyonsuz müdahaleler artmış, diğer taraftan da hasta başına düşen muayene süreleri azalmıştır. Bu araştırmada elde edilen etik olmayan uygulamaların artmış olduğu görüşü de bu sonuçlarla birbirini desteklemektedir. Küçük ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada da performansa dayalı ödemeye endikasyonsuz uygulamaların arttığı sonucu ortaya çıkmıştır. Petersen ve arkadaşları (2006) ödeme şeklinin hekimin davranışını etkileyebildiğini bildirmiştir. Lee ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada teşvik sisteminin yüksek riskli hastalardan kaçınma, ölçümde yer almayan kalite unsurlarının göz ardı edilmesi, tıbbi kayıtların manipüle edilmesi, hekimlerin gelirini en üst düzeye çıkarmak için bazı tıbbi hizmetleri ihmal etmek gibi istenmeyen sonuçları olabileceğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, performansa dayalı ödeme hizmet sunucuları tarafından manipüle edildiğinde hastalar açısından oldukça kötü sonuçları olabileceğini göstermektedir.

Araştırmanın bulgularına göre sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde kısmen maliyetleri göz önünde bulundurduğu, ancak sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların ise kısmen israf edildiği sonucu ortaya çıkmıştır. Ateş & Kırılmaz (2015) da yaptıkları çalışmada Bireysel Performans Sisteminin hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını sağlamadığı sonucuna ulaşmıştır. Türkiye'de kişi başı yapılan sağlık harcamaları da 2004 yılından 2010 yılına kadar USD cinsinden yaklaşık 2 kat artmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2013: 167). Bu boyuttaki bir artış kaynakların etkin kullanımında sorun olabileceğini göstermektedir.

Araştırmanın bulgularına göre hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulmasında PDEÖS öncesine göre önemli derecede artış olmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) hizmet sunucularına fatura bedellerini ödemediği önceki örneklerle karşılaştırılarak faturaları incelemekte ve bu incelemeye göre ödeme yapmaktadır (SGK, 2009). Hastanelerin sunmuş olduğu hizmetlere ilişkin düzenlemiş oldukları faturaların SGK tarafından

kesinti yapılmadan ödenebilmesi için faturalandırmanın eksiksiz ve doğru olarak düzenlenmesi gerekir. SGK tarafından fatura bedellerinden herhangi bir kesinti yapılmaması için bu konuya özen gösterildiği söylenebilir.

Kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, etnik köken vb.) bakımından fark gözetilmeksizin bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesinde PDEÖS öncesine göre bir değişiklik olmadığı ortaya çıkmıştır. PDEÖS’de belirli bir kişisel özelliğe yönelik teşvikler içermediği için bu konuda bir değişiklik olması beklenmemektedir.

“Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğunda”, PDEÖS öncesine göre bir değişiklik olmadığı ortaya çıkmıştır. PDEÖS’de kurumsal performansın ölçülmesinde, altyapı ve süreçlerin değerlendirilmesi yer almasına karşın bunun fiziki şartları iyileştirmede etkili olmadığı söylenebilir.

“Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılmasında”, PDEÖS öncesine göre bir değişiklik olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu konuda herhangi bir değişiklik olmaması, iyi uygulamaların teşvik edilmesine, kötü uygulamaların ise cezalandırılmasına teşvik sisteminde yer verilmemesinden kaynaklandığı söylenebilir.

“Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önemde”, PDEÖS öncesine göre bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Hastanelerde koruyucu hizmetlerin ve erken teşhisin ön plana çıkabilmesi için tarama programlarına ağırlık verilmesi, hastalıkların erken teşhisine yönelik teşviklerin başlatılması gerekir. Teşvik sistemi daha fazla hastaya bakmayı teşvik ettiğinde, hizmet sunucuları koruyucu hizmetlere veya erken teşhise yönelik çaba içerisine girmeyebilirler.

“Tıbbi hatalarda”, “komplikasyonlarda”, “hastane kaynaklı enfeksiyonlarda ve hasta güvenliğini artıran uygulamalarda” PDEÖS’den kaynaklanan bir değişiklik olmadığı görüşü ortaya çıkmıştır. Bu konularda bir değişiklik olmaması teşvik sisteminde kalitenin bazı unsurlarının göz ardı edildiğini göstermektedir. Tıbbi hatalara, komplikasyonlara, hastane kaynaklı enfeksiyonlara yönelik yeterli düzeyde yaptırım ve hasta güvenliğini artıran uygulamalara yönelik teşvik olmadığında bu hususlar göz ardı edilebilir.

Bu araştırmanın bulgularına göre “hastaların gereksiz yattığı günlerde” değişiklik olmamakla birlikte, “hastaların gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesinde” kısmi olarak artış gerçekleşmiştir. Yani hastalar kısmen daha erken taburcu edilme eğilimine girilmiştir. Türkiye’de ortalama yatış süresinde 2002 yılından 2010 yılına kadar 1,7 gün kısalma olmuştur. Türkiye’de ortalama yatış süresi 2002 yılında 5,6 iken 2010 yılında 3,9 güne



inmiş ve 2006 yılından itibaren OECD ülkeleri içerisinde ortalama yatış süresi en kısa olan ülke olmuştur. Bu kısalma farklı faktörlerden (teknolojideki değişim) de etkilenmekle birlikte performansa dayalı ödemedeki etkilenmiş olabilir.

“Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesinde”, “hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesinde” PDEÖS öncesine göre bir değişme olmadığı görüşü benimsenmiştir. Ancak hastalardan gelen şikâyetlerde kısmen artış, diğer taraftan hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumunda, hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesinde, çalışanlar arasındaki işbirliğinde, sağlık hizmeti sunanların (personelin) çalışma isteğinde ise kısmen azalma olduğu belirtilmiştir. Ateş ve Kırılmaz (2015) sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşleri üzerinde yaptıkları çalışmada, sağlık personelinin % 66’sı kurumsal performans sisteminin çalışan memnuniyetini arttırmadığı; % 61,6’sı çalışanlar arasında işbirliğini arttırmadığı ve % 65,5’i çalışanların motivasyonunu yükseltmediği sonucuna ulaşmıştır. Ancak, Ekingen ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada, performansa dayalı ek ödemenin çalışanların performansına kısmen olumlu katkı yaptığı sonucuna ulaşılmıştır.

Gruplar arasındaki farklar incelendiğinde, 32 ifadenin 10’unda fark çıktığı tespit edilmiştir. Bu 10 ifadenin 9’unda hekimler ile diğer sağlık personeli, 3’ünde yöneticiler ile hekimler ve 4’ünde ise yöneticiler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı fark çıkmıştır. Bu farklar çoğunlukla ifadelerin yönüyle değil; katılım düzeyi ile ilgilidir. Hekimlerin bir ifade (azaldı, değişmedi, arttı) etrafında toplanma oranı diğer gruplara göre daha yüksektir. Bunun nedeni hekimlerin teşvik sisteminin sonuçları hakkında daha net bir fikre sahip olmaları olabilir. Ayrıca bazı hususların hassas olması ve doğrudan hekimle ilişkili olması nedeniyle diğer sağlık personelinin bazı sorularda görüş belirtmekte temkinli davrandığı söylenebilir. Örneğin hekimler ve yöneticiler endikasyonsuz müdahaleler ve etik olmayan uygulamaların arttığı yönünde, daha net bir tutum sergilemekle beraber, diğer sağlık personeli diğer seçeneklere de azımsanamayacak oranda katılmıştır. Diğer taraftan anketteki 32 ifadeden 22’sinde gruplar arasında fark çıkmamış olması katılımcıların çoğunlukla PDEÖS hakkında benzer görüşlere sahip olduğunu göstermektedir.

## 8. SONUÇ

Her ne kadar bu çalışmada, performansa dayalı ödemenin güncel durumundan bahsedilmiş olsa da bu çalışmanın sonuçları PDEÖS'ün uygulamaya konulduğu ve en çok değişikliğe uğradığı dönem olan 2004-2010 dönemini yansıtmaktadır. Bu dönemden sonra, ödeme sisteminde radikal değişiklikler olmamakla birlikte, kısmi değişiklikler yapılmıştır. Bu nedenle, sonuçlarda da birtakım değişiklikler olması beklenebilir. Dünya genelinde uygulanan performansa dayalı ödeme sistemleri de gelişim sürecindedir ve hizmet kalitesine etkileri tartışılmaktadır. Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin olumlu sonuçları yanında olumsuz sonuçlarının olabileceği kabul edilmekle birlikte, iyi bir şekilde tasarlanmış performansa dayalı ödemenin kaliteyi artıracaklığı düşüncesi yaygın olarak kabul görmektedir. Bu çalışmada Türkiye'de T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanan PDEÖS'ün hizmet kalitesine olumlu etkilerinin yanında olumsuz etkilerinin de olduğu ortaya çıkmıştır. Bazı açılardan ise hizmet kalitesine kayda değer bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. PDEÖS özellikle, sağlık hizmetlerine erişimi buna bağlı olarak da sağlık hizmetleri kullanımını ve hasta memnuniyetini artırdığı; diğer taraftan ise gereksiz tetkikleri, gereksiz yatışları, gereksiz ameliyatları, maliyetleri ve etik dışı uygulamaları artırdığı söylenebilir.

Literatürde performansa dayalı ödeme sonucunda ortaya çıkan sonuçların büyük kısmı sisteme atfedilmektedir. Çünkü sistemlerin kurgulanış biçimleri sonuçlar üzerinde etkili olmaktadır. Bu nedenle ortaya çıkan sonuçların nedenlerini anlamak için PDEÖS'de yapılan düzenlemelere bakmak gerekir. Türkiye'de PDEÖS'de sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaya yönelik düzenlemelerin (tam gün çalışma ve daha fazla hizmet üretmeye teşvik) ön plana çıktığı görülmektedir. Bu düzenlemeler sonucunda sağlık hizmet kullanımının buna bağlı olarak da maliyetlerin artması beklenebilir. Ancak bu çalışmada beklenen artışın yanı sıra gereksiz uygulamaların (gereksiz tetkikler, yatışlar, müdahaleler vb.) artmış olduğu da ortaya çıkmıştır. Artışın bu kısmı ise çözülmesi gereken sorunlu alana işaret etmektedir. Bu sonuçlar hem hastaların güvenliği, hem de sağlığa ayrılan kaynakların kullanımı açısından olumsuz sonuçlara yol açabileceğinden planlayıcıların bu hususları dikkate alması gerekir.

Performansa dayalı ödemenin temelini maddi teşvikler oluşturmaktadır. Yani bir hekim daha fazla hizmet sunduğunda (muayene, tetkik, ameliyat vb.) gelirini maksimize etme imkânına kavuşmaktadır. Ancak sistemin tam anlamıyla başarılı olabilmesi için her üç tarafın da (hizmet sunucular, hastalar ve ödeyici taraf) çıkarlarının en üst seviyeye çıkarılabileceği bir sistemin oluşturulması gerekir. Böyle bir sistem oluşturulmadığı takdirde kaynakların

verimli kullanılmasını sağlamak oldukça zordur. Araştırma sonucuna göre de kaynaklar yeterince verimli kullanılmamaktadır. Kaynakların verimli kullanılabilmesi için, hastanın sağlık ihtiyaçlarının göz ardı edilmemesi, hastaya ihtiyacı olan hizmetin verilmesi, gereksiz hizmetin ise verilmemesi gerekir.

Türkiye’de uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin de birçok kez değişiklikler geçirilerek uygulamaya devam ediyor olması, ödeme sistemin geliştirilmesi için politika yapıcılarının çaba içinde olduğunu göstermektedir. T. C. Sağlık Bakanlığı’nın stratejik planlarında da ödeme sisteminin geliştirilerek uygulanacağı yer almaktadır. Literatüre bakıldığında performansa dayalı ödemenin çoğunlukla kalite için ödeme ile aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir. Bunun nedeni performansın belirlenmesinde hizmet kalitesinin çok önemli bir unsur olmasıdır. Bu nedenle performansa dayalı ödemede hizmet kalitesinin daha fazla göz önünde bulundurulması ve ödeme sisteminin hizmet kalitesini artıracak şekilde geliştirilmesi gerekir.

## KAYNAKÇA

- AKDAĞ, R., (2007), **Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Kasım 2002-Haziran 2007, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını, (713).
- AKDAĞ, R., (2008), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, Ankara, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını, (749), 22-24.
- AKDAĞ, R., (2012), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- AKDAĞ, R., (2016), **2017 Yılı Bütçe Sunumu**, TBMM Plan Ve Bütçe Komisyonu. <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- ARGON, T. & EREN, A., (2004), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, İstanbul: Nobel Yayınları.
- ATEŞ, H. & KIRILMAZ, H., (2015), **Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri**, *Amme İdaresi Dergisi*, 48 (4), 97-128.
- AYANIAN, J. Z., & MARKEL, H., (2016), **Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality**, *The New England journal of medicine*, 375 (3), 205-207.
- AYDIN, S. & DEMİR, M., (2006), **Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**, Ankara: Onur Matbaacılık, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- AYDIN, S. & DEMİR, M., (2007), **Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- BARUTÇUGİL, İ., (2002), **Performans Yönetimi**, İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- BOXALL, A. M., (2009), **Should We Expand the Use of Pay-for-Performance in Health Care?**, Parliament of Australia Department of Parliamentary Services, Parliamentary Library.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, (2015), **Models for Paying Providers – Payment for Performance**, File:///C:/Users/win7/Downloads/Payment%20for%20performance%20Dec2015.pdf Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- CAMPBELL, S. M., REEVES, D., KONTOPANTELIS, E., SIBBALD, B. & ROLAND, M., (2009), **Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England**, *New England Journal of Medicine*, 361 (4), 368-378.
- COMMITTEE FOR ECONOMIC DEVELOPMENT, (2016), **Top Healthcare Stories for 2016: Pay-for-Performance**, <https://www.ced.org/blog/entry/top-healthcare-stories-for-2016-pay-for-performance> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- CROMWELL, J., TRISOLINI, M. G., POPE, G. C., MITCHELL, J. B. & GREENWALD, L. M., (2011), **Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches**, Research Triangle Institute Press, USA.
- DE BRUIN, S. R., BAAN, C. A. & STRUIJS, J. N., (2011), **Pay-For-Performance in Disease Management: A Systematic Review of the Literature**, *BMC health services research*, 11 (1), 272.
- EIJKENAAR, F., (2012), **Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives**, *Medical Care Research and Review*, 69 (3), 251-276.

- EIJKENAAR, F., (2013), **Key Issues in the Design of Pay for Performance Programs**, The European Journal of Health Economics, 14 (1), 117-131.
- EKİNGEN, E., YILDIZ, A., KORKU, C. & KORKMAZER, F., (2017), **Hastanelerde Uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Çalışanların Motivasyonu ve Performansına Etkisi Üzerine Bir Araştırma**, Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7 (12), 71-83.
- FENTON, J. J., JERANT, A. F., BERTAKIS, K. D. & FRANKS, P., (2012), **The Cost of Satisfaction: A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures and Mortality**, Archives of Internal Medicine, 172 (5), 405-411.
- GÜRÜZ, D. & YAYLACI, G. Ö., (2004), **İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi**, İstanbul: MediCat Yayınları.
- HAMEL, M. B., ROLAND, M. & CAMPBELL, S., (2014), **Successes and Failures of Pay for Performance in the United Kingdom**, The New England Journal of Medicine, 370 (20), 1944-1949.
- INSTITUTE OF MEDICINE, (2001), **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**, [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf\\_NBK222274.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf) Erişim Tarihi: 30.07.2017.
- INSTITUTE OF MEDICINE, (2007), **Institute of Medicine: Rewarding Provider Performance**, Aligning Incentives in Medicare, Free Executive Summary, <http://www.nap.edu/catalog/11723.html> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- IRELAND, M., PAUL, E. & DUJARDIN, B., (2011), **Can Performance-Based Financing be Used to Reform Health Systems in Developing Countries?**, Bulletin of the World Health Organization, 89 (9), 695-698.
- KONDO, K. K., DAMBERG, C. L., MENDELSON, A., MOTU'APUAKA, M., FREEMAN, M., O'NEIL, M. & KANSAGARA, D., (2016), **Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review**, Journal of General Internal Medicine, 31 (1), 61-69.
- KORKU, C., (2010), **Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KÜÇÜK, A., GÖKÇINAR, D., AKSOY, E., ALBAYRAK, D., ERDEM, D., AKAN, B. & GÖĞÜŞ, N., (2012), **Performansa Göre Ek Ücret Ödenmesinin Anestezi Uygulamalarına Etkileri**, Journal of the Turkish Anaesthesiology & Intensive Care Society-JTAICS/Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi, 40 (5), 262-268.
- LEE, J. Y., LEE, S. I., KIM, N. S., KIM, S. H., SON, W. S. & JO, M. W., (2012), **Healthcare Organizations Attitudes Toward Pay-for-Performance in Korea**, Health policy, 108 (2), 277-285.
- LINDENAUER, P. K., REMUS, D., ROMAN, S., ROTHBERG, M. B., BENJAMIN, E. M., MA, A., & BRATZLER, D. W., (2007), **Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement**, New England Journal of Medicine, 356 (5), 486-496.
- MAXWELL, R. J., (1992), **Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action**, Quality in Health Care, 1 (3), 171-177.

- OECD, (2010), **OECD Health Policy Studies Value for Money in Health Spending**, <http://www.oecd.org/els/health-systems/value-for-money-in-health-spending.htm> Erişim Tarihi: 30.07.2017.
- OECD, (2014), **OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey**, Raising Standards, [http://www.oecd.org/els/health-systems/Review-of-Health-Care-Quality-Turkey\\_ExecutiveSummary.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/Review-of-Health-Care-Quality-Turkey_ExecutiveSummary.pdf) Erişim Tarihi: 30.07.2017.
- OECD, (2016-1), **Health Statistics, Healthcare Utilisation**, [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_DEMR](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_DEMR) Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- OECD, (2016-2), **Data, Length of Hospital Stay**, <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- PETERSEN, L. A., WOODARD, L. D., URECH, T., DAW, C. & SOOKANAN, S., (2006), **Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?**, Annals of Internal Medicine, 145 (4), 265-272.
- REDD, L., (2005), **Achieving High Performance in Health Care: Pay-for-Performance**, Health & Life Sciences, North American Providers.
- STANOWSKI, A. C., SIMPSON, K. & WHITE, A., (2015), **Pay for Performance: Are Hospitals Becoming More Efficient in Improving Their Patient Experience?**, Journal of Healthcare Management, 60 (4), 268-286.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2011), **T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010**, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Kalkan Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2014), **T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013**, Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2004), **T. C. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönergesi**, 9.2.2004/417 Makam Onayı.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2011), **T. C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu**, Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı, [https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet\\_raporu\\_2011/](https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2011/) Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2003), **Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlıkta Dönüşüm**, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- T. C. RESMİ GAZETE, (2006/26166), **T. C. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik**, Yönetmelik Tarihi: 12.05.2006.
- T. C. RESMİ GAZETE, (2014-6514/37), **T. C. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun (1)**, <http://www.Mevzuat.Gov.Tr/Mevzuatmetin/1.4.209.Pdf> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- T. C. RESMİ GAZETE, (2016/29843), **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik**, Yönetmelik Tarihi: 30.09.2016.

- T. C. RESMİ GAZETE, (2012/28298), **T. C. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik**, Yönetmelik Tarihi: 20.05.2012.
- T. C. RESMİ GAZETE, (2013/28559), **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik**, Yönetmelik Tarihi: 14.02.2013.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2012), **Stratejik Plan 2013-2017**, <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ-1, (2017), **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Kalite Katsayısının Belirlenmesine İlişkin Yönerge**, [http://khgm.saglik.gov.tr/828\\_yonergeler](http://khgm.saglik.gov.tr/828_yonergeler) Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ-2, (2017), **Kamu Hastaneleri Birliklerinde Sözleşmeli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge**, <http://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/84b10d19187b4b9eb03e2ae234841f44.pdf> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI, KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, (2014), **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Plan 2014-2018**, <http://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/ac3ff77aab39419b8b399d0b19d98848.pdf> Erişim Tarihi: 30.10.2017.
- T. C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, (2009), **Fatura Bedellerinin Ödenmesi Hakkında Genelge (2009/44)**, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı.
- TİMUR, H., (2005), **İş Değerlemede Puanlama Yöntemi**, Ankara: T. C. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- WHARAM, J. F., FRANK, M. B., ROSLAND, A. M., PAASCHE-ORLOW, M. K., FARBER, N. J., SINSKY, C. & FIGARO, M. K., (2011), **"Pay-for-Performance" as a Quality Improvement Tool: Perceptions and Policy Recommendations of Physicians and Program Leaders**, Quality Management in Healthcare, 20 (3), 234-245.
- WILSON, K. J., (2013), **Pay-for-Performance in Health Care: What Can We Learn from International Experience?**, Quality Management in Healthcare, 22 (1), 2-15.
- ZINELDIN, M. & ZINELDIN, J., (2014), **Total Medical and Healthcare Quality, Satisfaction and Patient Safety**, International Journal of Medical Sciences and Health Care, 2 (9), 1-10.