

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMETLERİN
YÜRÜTÜLMESİNDE HEMŞİRELER ODAKLI PERFORMANSA
DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ
ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Beyza ÇELİK**

İSTANBUL, 2022

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMETLERİN
YÜRÜTÜLMESİNDE HEMŞİRELER ODAKLI PERFORMANSA
DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ
ÖRNEĞİ**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Beyza Çelik

Öğrenci No:

2032120003

Danışman:

Dr.Öğr. Üyesi Sefer Gümüş

İSTANBUL,2022

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık İşletmelerinde Hizmetlerin Yürütülmesinde Hemşireler Odaklı Performansa Dayalı Ödeme Sistemleri: Bir Devlet Hastanesi Örneği” başlıklı çalışmamın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve and içerim.

15/06/2022

Beyza ÇELİK

KILAVUZA UYGUNLUK

“Sağlık İşletmelerinde Hizmetlerin Yürütülmesinde Hemşireler Odaklı Performansa Dayalı Ödeme Sistemleri: Bir Devlet Hastanesi Örneği” adlı Yüksek Lisans Tezi İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Lisansüstü Tez ve Proje Yazım Kılavuzu’na uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Beyza ÇELİK

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Sefer GÜMÜŞ

ABD Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Ekrem Erdinç GÜLBAŞ

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Sefer GÜMÜŞ danışmanlığında Beyza ÇELİK tarafından hazırlanan “SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMETLERİN YÜRÜTÜLMESİNDE HEMŞİRELER ODAKLI PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ” adlı bu çalışma jürimiz tarafından İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

15/06/2022

JÜRİ:

İMZA:

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sefer GÜMÜŞ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Celil DURDAĞ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Faris KOCAMAN

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMETLERİN YÜRÜTÜLMESİNDE HEMŞİRELER ODAKLI PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Tezi Hazırlayan: Beyza ÇELİK

ÖZET

2003 yılında sağıkta dönüşüm hareketi ile ortaya çıkan performansa göre çalışanlara ek ödemenin yapılması öncelikle sağık sisteminde profesyonelleşme, hizmetlerin üretimi ve tüketiminde verimlilik, kalite, memnuniyet oranını arttırma gibi hedeflerle ortaya çıkmıştır. Bu hedeflerin karşılanma düzeyini sağık sisteminin temel unsuru olan çalışanların perspektifi ile açıklamak araştırmanın amacıdır.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin, sağık çalışanlarına özellikle sektörünün önemli bir parçası olan hemşirelerin performanslarına ve hizmet kalitelerine olan etkisi araştırılmıştır.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Bölümlerde, Türkiye’de sağık işletmeleri ve hizmetlerinin yapısı, sağıkta hemşire odaklı başarı değerlendirme sistemleri, performansa dayalı hemşirelik hizmetleri ve ödeme sistemlerine yönelik detaylı bilgilendirme yapılmıştır. Son olarak sağık çalışanlarına Korku(2019)’un geliştirdiği anket formu araştırmacının izni ile uygulatılarak elde edilen verilere yönelik analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Araştırmanın evrenini Kocaeli’ de T.C. Sağık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde görev alan tüm sağık çalışanları oluşturmaktadır. 32 soruluk anket formu 136 sağık çalışanına birebir görüşme sonucunda uygulatılmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri

ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı.

Analiz sonucunda hastaların muayene, tetkik, ameliyat olmak için beklediği süre, gereksiz tetkiklerin, kaynakların israfının ve hasta şikâyetlerinin artmış olması; muayene süresi, hastalarla kurulan ilişki kalitesinin ve çalışma isteğinin azalması, çalışmanın belirlediği olumsuz sonuçlardır. Olumlu sonuçlar ise; hastaların hekime daha rahat soru sorması, hakkaniyet, hastaların bilgilendirilmesi, tıbbi kararlara katılması ve hasta memnuniyetinin artması olarak tespit edilmiştir. Tüm bu sonuçlara yönelik öneriler getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta dönüşüm, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Hastane, Sağlık Personeli, Hizmet Kalitesi

**NURCE-ORIENTED PERFORMANCE BASED PAYMENT SYSTEM IN
CONDUCTING SERVICES OF HEALTHCARE FACILITIES:
PUBLIC HOSPITAL EXAMPLE**

Presented by: Beyza ÇELİK

ABSTRACT

In 2003, with the health transformation movement, making additional payments to employees according to their performance emerged primarily with the objectives of professionalization in the health system, efficiency in the production and consumption of services, quality, and increasing the rate of satisfaction. The research aims to explain the level of meeting these goals from the perspective of the employees, who are the basic elements of the health system. The effect of the performance-based additional payment system on the performance and service quality of health workers, especially nurses, who are an important part of the sector, has been investigated.

The study consists of four parts. In the chapters, detailed information was given on the structure of health enterprises and services in Turkey, nurse-oriented success evaluation systems in health, performance-based nursing services, and payment systems. Finally, the analysis results of the data obtained by applying the questionnaire form developed by Korku(2019) to health workers with the permission of the researcher are given.

The universe of the research is in Kocaeli, T.C. It consists of all health workers working in hospitals affiliated with the Ministry of Health. A questionnaire with 32 questions was applied to 136 health workers as a result of one-to-one interviews.

Statistical analyzes were performed with the help of the SPSS version 17.0 program. The conformity of the variables to the normal distribution was examined by

histogram graphics and the Kolmogorov-Smirnov test. Categorical variables were compared with the Pearson Chi-Square Test.

As a result of the analysis, the patient's waiting time for examination, examination, surgery, unnecessary examinations, wastage of resources, and patient complaints increased; The duration of the examination, the decrease in the quality of the relationship with the patients, and the desire to work are the negative results determined by the study. The positive results are; It has been determined that patients ask questions to the physician more easily, fairness, inform patients, participate in medical decisions, and increase patient satisfaction. Suggestions have been made for all these results.

Key Words: Transformation in health, Performance Based Supplementary Payment System, Hospital, Health Personnel, Service Quality

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET

ABSTRACT

TABLÖLER LİSTESİ vii

ŞEKİLLER LİSTESİ x

KISALTMALAR xi

1.GİRİŞ 1

1.1 Sağlık İşletmelerinin Genel Yapısı 1

1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması..... 2

1.3. Hastanelerin İşlevleri 4

1.4. Hastane İşletmelerinin Özellikleri 4

1.5. Hastane İşletmelerinin Organizasyon Yapısı 7

1.5.1. Başhekimlik 8

1.5.2. Hastaneler de Bulunan Bilimsel Kurullar 9

1.5.2.1. Hastane Konseyleri 9

1.5.2.2. Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu 9

1.5.2.3. Sağlık Kurulları..... 9

1.5.3. Hastane Hizmetlerinin Organizasyonu 10

1.5.3.1. Poliklinik Hizmetleri 10

1.5.3.2. Servis Hizmetleri 11

1.5.3.3. Acil Hizmetleri 11

1.5.3.4. Ameliyathane Hizmetleri 11

1.5.3.5. Yoğun Bakım Hizmetleri 12

1.5.3.6. Sterilizasyon Hizmetleri..... 12

1.5.3.7. Laboratuvar Hizmetleri 13

1.5.3.8. Eczanede Yürütülen Hizmetler 13

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi 14

1.6.1. Hizmet Kavramı..... 14

1.6.2. Hizmetin Ortak Özellikleri..... 15

1.6.2.1. Dokunulmazlık (Soyutluk) 16

1.6.2.2. Üretim Ve Tüketimde Eş Zamanlılık	16
1.6.2.3. Hizmette Stoklamanın Olmayışı	17
1.6.2.4. Hizmette Sahiplik Yoktur	17
1.6.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması	18
1.6.4. Hizmet Pazarlaması	19
1.6.5. Hizmet İşletmelerinin Pazarlama Bileşenleri	20
1.6.5.1. Hizmetlerde Ürün	21
1.6.5.2. Fiyatlandırma	22
1.6.5.3. Tutundurma	22
1.6.5.4. Dağıtım	23
1.7. Sağlık Hizmetleri Değişkenleri	24
1.7.1. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	25
1.7.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	25
1.7.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	25
1.7.2.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	26
1.7.2.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	26
1.7.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	27
1.7.2.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri	28
1.7.2.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri	28
1.7.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	28
2. SAĞLIKTA HEMŞİRELER ODAKLI BAŞARI DEĞERLEME SİSTEMİ	30
2.1. Performans Yönetimi	30
2.1.1. Performans Yönetiminin Tanımı	31
2.1.2. Performans Yönetiminin Amacı	32
2.2. Performans Değerlendirme	32
2.2.1 Performans Değerlendirmenin Tanımı Ve Önemi	33
2.2.2. Performans Değerlendirmenin Amacı	35
2.2.3. Performans Değerlendirmenin Yararları	36
2.2.3.1. Yöneticiler Açısından Yararları	36
2.2.3.2. Çalışanlar Açısından Yararları	37
2.2.3.3. Organizasyon Açısından Yararı	38
2.2.4. Personel değerlemenin kullanım alanları	39
2.2.4.1. Maaş ve Ücret Yönetimi	39
2.2.4.2. Stratejik Planlama	39

2.2.4.3. Personel Planlama.....	40
2.2.4.4. Kariyer Planlama ve Terfiler	40
2.2.4.5. Rotasyon ve İş Geliştirme.....	41
2.2.4.6. Sözleşmelerin Yenilenmesi.....	42
2.2.5. Performans Değerleme Süreci	42
2.2.5.1. Değerleme Modelleri	47
2.2.5.1.1. Yöneticilerce Değerleme.....	47
2.2.5.1.2. Öz Değerleme	48
2.2.5.1.3. Takım Arkadaşları ve Grup Tarafından Yapılan Değerleme	48
2.2.5.1.4. Astlarca Değerleme.....	49
2.2.5.1.5. Müşteriler Tarafından Değerleme	49
2.2.5.1.6. Bilgisayarlı Değerleme	49
2.2.5.1.7. 360 Derece Değerleme.....	50
3. PERFORMANSA DAYALI HEMŞİRELİK HİZMETLERİ VE ÖDEME SİSTEMLERİ.....	51
3.1 Sağlık Sektöründe Hemşireler Eksenli İnsan Kaynakları	51
3.1.1. İş Gören Bulma ve Seçme.....	52
3.1.2 Eğitim ve Geliştirme	53
3.1.3. Ücret Yönetimi.....	54
3.2 Hemşire ve Hemşirelik Kavramı.....	55
3.3. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri.....	57
3.4. Hemşirelik Eğitimi.....	58
3.5. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite	59
3.6. Hastane İşletmelerinde Hemşirelerin Sorunları	60
3.6.1. Hemşire sayısının az olması.....	61
3.6.2. İş yükünün fazlalığı.....	62
3.6.3. Sağlıkta Şiddet	63
3.7. Sağlık Reformu Öncesi Türkiye'nin Durumu.....	65
3.8. Sağlıkta Dönüşüm Programı	68
3.8.1. Dönüşüm Sürecinin Yapı Taşları.....	68
3.9.Hastane İşletmelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	72
3.9.1.Türkiye Sağlık Sistemlerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Tarihçesi	72
3.9.2.Ek Ödeme Sisteminin Tanımı	73
3.9.3. Ana hatları.....	73

3.9.4.Hedefler.....	75
3.9.5. Sistemin İşleyişi	76
3.9.5.1 Bireysel Performans Puanı	78
3.9.5.2. Kurumsal Performans Puanı.....	78
3.9.5.2.1.Poliklinik Hizmetleri Katsayısı	79
3.9.5.2.2. Hastane Kalite Kriterleri katsayısı	79
3.9.5.2.3. Hastane Alt Yapısının ve Bazı Süreçlerin Denetimi Katsayısı	80
3.9.5.2.4. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü Katsayısı	80
3.9.6.Sorunlar	81
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	83
4.1. Araştırmanın Amacı.....	83
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	83
4.3. Sınırlılıklar	84
4.4. Veri Toplama Aracı ve Tekniği	85
4.5.Verilerin Analizi	85
5. BULGULAR.....	86
6. TARTIŞMA.....	113
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	120
KAYNAKLAR	128
EKLER	
Ek-1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	139
Ek-2: Araştırma Etik Kurul İzni.....	144

TABLÖLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo.1. Araştırmaya Katılanları Kişisel ve Mesleki Özellikleri	86
Tablo.2. PDEÖS Öncesine Göre Hizmet Kalitesindeki Değişime İlişkin Katılımcıların Değerlendirmeleri	88
Tablo.3. PDEÖS Öncesine Göre Hizmet Kalitesine Yönelik Katılımcıların Değerlendirmeleri	91
Tablo.4. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Süre	92
Tablo.5. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tetkik İçin Beklediği Süre	92
Tablo.6. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Süre	93
Tablo.7. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Ameliyat Olmak İçin Beklediği Süre	94
Tablo.8. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Başına Düşen Muayene Süresi	94
Tablo.9. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık Hizmeti Sunanların Tetkik ve Tedavilerde Maliyetleri de Göz Önünde Bulundurması	95
Tablo.10. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfı	95
Tablo.11. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel Özellikler (Cinsiyet, Etnik Durum Sosyo-Ekonomik Durum) Bakımından Fark Gözetilmeksizin, Bütün Hastalara Aynı Kalitede Hizmet Verilmesi.....	96
Tablo.12. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalar Ve Sağlık Hizmeti Sunan Kişiler Arasındaki İlişkinin Kalitesi	97
Tablo.13. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hekimle Olan İletişimde Soruları Rahatça Sorma ve Sorularına Cevap Bulma Durumu	97
Tablo.14. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hizmet Sunulan Ortamın Fiziki Şartlarının Uygunluğu (Mahremiyet, Rahatlık, Temizlik, Vb.).....	98

Tablo.15. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanenin Mevcut Koşulları Altında, Hastalara İhtiyacı Olan Hizmetlerin Verilme Derecesi	98
Tablo.16. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hizmet Almasının Kolaylığı.....	99
Tablo.17. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik Olmayan Uygulamalar.....	99
Tablo.18. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Değerlendirmelerinin ve Tedavilerinin Doğru Şekilde Yapılması.....	100
Tablo.19. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu Hizmetler ile Erken Teşhis ve Tedavi Hizmetlerine Verilen Önem	100
Tablo.20. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tıbbi Kayıtlarının Eksiksiz ve Doğru Olarak Tutulması.....	101
Tablo.21. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Tıbbi Hatalar (Uygulama Hataları)	101
Tablo.22. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Komplikasyonlar	102
Tablo.23. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar..	102
Tablo.24. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Güvenliğini Artıran, Hataları Azaltan Uygulamalar	103
Tablo.25. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Tetkikler.....	103
Tablo.26. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Yatışlar (Hastaneye Kabuller)	104
Tablo.27. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Gereksiz Yattığı Günler (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Uzun Olması)	105
Tablo.28. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanın Gereğinden Daha Kısa Sürede Taburcu Edilmesi (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Kısa Olması)	105
Tablo.29. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Endikasyonsuz "Uygunsuz" Müdahaleler.....	106
Tablo.30. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tercihlerine, İhtiyaçlarına ve Değerlerine Saygılı ve Duyarlı Olarak Hizmet Verilmesi	106
Tablo.31. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Bilgilendirilme ve Tıbbi Kararlara Katılma Derecesi.....	107
Tablo.32. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalardan Gelen Şikâyetler	108
Tablo.33. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Memnuniyeti	108
Tablo.34. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İşbirliği	109

Tablo.35. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışma İsteğiniz	109
Tablo.36. Katılımcıların yaşı ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre sorulara verdikleri yanıtlar	110
Tablo.37. Katılımcıların yaşı ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre sorulara verdikleri yanıtlar	111



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Performans Yönetim Süreci..... 30



KISALTMALAR

PDEÖS	: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi.
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi.
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu.
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu.
SPSS	: Statistical Package for The Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı).
MS	: Multiple Skleroz.
GSS	: Genel Sağlık Sigortası.
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı.
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu.
S	: Sayfa.
Ed	: Editör.
S	: Sayı.
WHO	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü).
SB	: Sağlık Bakanlığı.
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi.
KBB	: Kulak Burun Boğaz.
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü.
AIDS	: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu.

1.GİRİŞ

1.1 Sağlık İşletmelerinin Genel Yapısı

Alan yazını tarandığında tarihte yer alan uygarlıklarda bile var olan hastaneler geçmişten günümüze doğru toplum için vazgeçilmez kurumlar olmuştur. Sadece bireylerde var olan hastalıkların tedavisi değil, toplumun bütününe yönelik sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetlerini icra eden hastanelerin varlığı oldukça önemlidir.

Doğumun gerçekleşmesinden itibaren yaşamın her safhasında tüm bireylerin yaşamını sağlıklı şekilde geçirmeleri en temel haklarıdır. Hastane kurumları kişilerin bu gereksinimlerini karşılamada ki en önemli fonksiyonu yerine getirmektedir. Hastaneler bireylerin şikâyetlerine yönelik gözlem, muayene ve gerekli görülen tetkikler ışığında doğru teşhisin koyularak gerekli tedavinin ya da rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği kurumlardır.

Hastane kurumlarında gün geçtikçe talebin artması ekonomik unsurlarla da bağlantılıdır. Herhangi bir işletmede çalışan birey rahatsızlığından ötürü hastaneye başvurduğunda kendi işletmesinde ki iş gücü maliyetlerini arttırır. Kurumda çalışan iş görenlerin ücretleri, tüm tıbbi sarf malzemeleri, teknik ve biyomedikal cihazların maliyetinin oldukça fazla olması sebebiyle kurum içinde verimliliğin sağlanması zaruri olmuştur.

Günümüzde hastanelerde, hastalıkların teşhis ve tedavisinde birçok teknolojiiden yararlanılmaktadır. Bu durum matris yapı olan hastane kurumlarında kargaşaya sebebiyet vermektedir.

Hastanelerde yılın her günü, bayram, tatil demeden çalışanların vardiyalı olarak hizmeti sürdürmeleri personel değişim oranını yükseltmektedir. Bu durum kurum performansını olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastanelerin yapısal yönetiminde, uygulanan girişimlerin oldukça fazla olması, birden çok profesyonelin bir arada çalışması, kişisel hedeflerin ortaya

ıkması anlaşmazlıkları doğurarak denetimi güç kılar. Sürece dair yönetimde yapılacak işlerin karmaşıklığı, sunulacak hizmetlerin geciktirilemez oluşu ve yanlışlığa imkân tanımaması gibi güçlükler oluşturur. Sağlık hizmetlerinde çıktılarının değerlendirilmesi belirli bir zamanda olur.

Geleneksel yaklaşımlarda pazarlama incelendiğinde çıktının ürün olduğu görülmektedir. Ancak globalleşen dünyada değişen ihtiyaçlar hizmet planlamasını ön plana çıkarmıştır.

Sağlığın tanımlarını incelediğimizde yalnızca fizyolojik olarak hasta ya da sakat kalmaktan çok bireylerin her açıdan tam bir iyilik durumunda olmaları gerektiği vurgulanır. Yalnız burada ki tam bir iyilik halinin neye göre değerlendirileceğinin yanıtı kolay değildir.

Hastanelerde verilen hizmetin kalitesi performansın belirlenmesinde ki temel unsurdur. Bundan dolayı çoğu sağlık işletmelerinde kalite birimlerinin kurulduğunu görmekteyiz. Bunun nedeni, verilen hizmette yapılacak en ufak hatanın, bireyin yaşamına mal olma ihtimalidir(Gümüş,2017,s.907-910).

1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Gün geçtikçe ilerleyen teknolojinin sağlık sektöründe de rol alması, sosyal güvenliğin yasal güvence altında olması, artan laboratuvar teknolojilerinden faydalanma isteği hastanelere olan talebi arttırmıştır. Bu talep doğrultusunda birçok yeni hastane açılmıştır(Korkmaz,2008,s.46).

Hastane kurumları kendi içerisinde belli özelliklere göre sınıflandırılmışlardır. Bu özelliklerden bahsedecek olursak;

Sunulan hizmet ışığında hastaneleri genel sağlık hizmeti sunan ve özellikli hastalara hizmet sunan hastaneler olarak sınıflandırabiliriz.

- Genel sağlık hizmeti sunan hastaneler; Bünyesinde tüm branşların olduğu ve gelen hastaya yönelik herhangi bir özellik nitelendirmeden hastalara sağlık hizmeti sunan kurumlardır.
- Spesifik hastalara hizmet sunan hastaneler; Gelen hastalara yönelik sunulan hizmetin belli özellikler doğrultusunda yoğunlaştırıldığı kurumlardır. Literatürde  zel dal olarak isimlendirilirler. Kalp damar hastalıklarının tedavisi için başvurulan kalp ve damar cerrahisi hastaneleri, beyin ve omurilik hastalarına yönelik hizmet veren fizik tedavi hastaneleri bu sınıflandırmada yer alırlar(K    ,2005,s.5).
- Ait oldukları kurum doğrultusunda hizmet sunan hastaneler; Hastanelerin ait oldukları kurum ya da kuruluşlar hastane idaresinde de söz sahibidir. Bu durum hastanelerin kuruluş amaçları, vizyonlarında farklılıklar oluşturarak hastane organizasyonu ve stratejilerin belirlenmesinde de rol oynar. Vakıf,  niversite hastaneleri bu sınıflandırmaya emsal gösterilebilir.
- Sahip oldukları hasta yatağı kapasiteleri doğrultusunda hastaneler; Hasta yatak miktarı 25-50-100-200-700 ve üzeri kamu, özel ve araştırma hastaneleri hasta yatağı miktarlarına göre ayrılmışlardır. Büyük hastanelerin hizmet kapasiteleri de fazla olur(Korkmaz,2008,s.47).
- Hastalara sağlık hizmeti sunma süreleri yönünden hastaneler; Hastaya sunulan tedavi hizmetinin uzun zamanda ya da kısa sürede gerçekleşmesi açısından da hastaneler ayrılmaktadır. Kısa süreli sağlık hizmeti sunan hastaneye, başvuran hastaların yarısından çoğuna dört haftadan az sağlık hizmeti sunulur. Devlet hastanelerini burada gösterebiliriz. Uzun zamanda sağlık hizmetini sunan hastanelere, başvuran hastaların yarısından çoğuna dört haftadan fazla sağlık hizmeti sunulur. Nöroloji, psikiyatri, onkoloji hastaneleri burada gösterebilir(Alagöz,2013,s.28).
- Eğitimin olduğu ve olmadığı hastaneler; Hastaneler, eğitimin olduğu ya da olmadığına göre sınıflandırılacaksa burada eğitim kelimesinden kastedilenin doktorlara uzmanlık kazandırma olduğunun altı çizilmelidir. Çünkü yalnızca alanlarda staj yapan tıp ve hemşirelik  ğrencilerinin varlığı ilgili kurumu bu kategoriye dâhil etmez(Şenel,2004,s.11).
- Belirlenmiş yaş aralığında ve cinsiyette olan hastalara hizmet sunan hastaneler; Bazı hastaneler yalnızca belli yaş aralığına ve cinse sağlık hizmeti

sunarlar. Belli yaş aralığına hizmet sunan hastane örneklerinde çocuk ve geriatri hastaneleri yer alırken, cins grubuna yönelik hizmet sunan hastanelerde ise doğum evleri yer almaktadır(Gümüş,2017,s.911).

1.3. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerde daha çok tedaviye yönelik eylemler gerçekleştirilmekle beraber aslında tıp bilimine katkıda bulunacak birçok araştırma ve toplumun sağlık düzeyinin artırılması gibi hizmetlerin üretilmesi de fonksiyonları arasındadır(Gümüş,2017,s.912).

Hastanelerin;

- Hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetini, kesintiye uğramadan sunmak
- Kurum içindeki tüm sağlık personeline belli aralıklarla eğitim faaliyetleri düzenlemek
- Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik faaliyetleri sunmak
- Bünyesinde var olan meslek gruplarının eylemlerine yönelik koordinasyonu sağlamak
- Ürettikleri sağlık hizmeti çıktılarının çevreye yönelik etkilerini olumlu kılmak gibi eylemleri de bulunmaktadır(Ağırbaş,2016,s.16-23).

1.4. Hastane İşletmelerinin Özellikleri

Hastaneler sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Örgütleri belirli ölçütler doğrultusunda sınıflandırarak yönetsel ve yapısal niteliklerine yönelik birçok çalışmalar düzenlenmiştir. Bu çalışmalardan biri Richard Scott'un şemasıdır. Scott örgütleri” örgütün mevcudiyetinden kimin faydalandığı” kriterine göre ayırmıştır. Bunlar;

- Sadece kendilerine üye olan bireylerin çıkarlarını gözeten ve bu bireyler için eylemler gerçekleştiren kuruluşlar. (Sendika ve partileri burada gösterebiliriz)
- Öncelikli olarak mülk sahibinin çıkarını gözeten kuruluşlar. (Mağaza ve sanayi örgütleri yer alır.)
- Müşteri faydasını ön planda tutan kuruluşlar
- Kamu yararına yönelik hizmet sunan kuruluşlar

Burada hastaneler, müşteri faydasını ön planda tutan hizmet kuruluşları sınıflandırmasına girmektedir. Başka bir ifade ile hastanelerin kuruluş amacı bireylere sağlık hizmeti sunmaktır. Çünkü hastanelerin sürdürülebilir olmasındaki en büyük etken, doğrudan hizmet sunduğu müşterilerine fayda sağlamasından geçmektedir. Hastanelerde verilen koruyucu sağlık hizmeti uygulamaları kamu yararına yönelik olsa da hastanelerin birincil faaliyeti ve varoluş nedeni hastalara sağlık hizmeti sunmaktır.

Hastaların sunulacak sağlık hizmetinin niteliğine, cinsine, kalitesine yönelik değerlendirme yapamamaları hastaneleri diğer işletmelerden farklı kılan husustur. Hasta alması gereken sağlık hizmeti konusunda gerekli donanımına sahip olmadığından istismar edilebilir. Bu durumun yaşanmaması sağlık hizmeti sunucularının hasta sağlığını öncelikli olarak düşünmeleri ile önlenir.

Hastaneler kompleks yapıya sahip, dinamik organizasyonlardır. Herhangi bir zaman aralığında hastanelere gelen hastaların hangi branşlara yönelik talep gösterecekleri önceden kestirilemez. Bu sebeple hastanenin tüm alanlarına gerekli personel istihdam edilerek sarf malzemedan teknik, kırtasiye, ilaca kadar donanımın hazır olması gerekmektedir(Şenel,2004,s.12-13).

Sağlık kurumlarında hastaların şikâyetleri yönünde sunulan tedavi basit ya da karmaşık hale gelebilir. Bazı hastalara yalnızca farmakolojik tedavi uygulanırken bazen de tanıyı doğru koymak adına birçok tanısal girişimler uygulanabilir(Korkmaz,2008,s.43).

Hastanelerde birçok meslek mensubunun bir arada eş güdümlü olarak faaliyet gösterme zorunluluğu ve bu faaliyetlerin birçoğunun acil ve tehir edilemez olması, hızla ilerleyen teknolojinin tıp sektöründe de yerini alması sağlık kurumlarını karmaşık kılan etmenlerdir(Can ve İbicioğlu,2008,s.258).

Hastaneler sağlık hizmetlerini matriks bir yapı içinde sunarlar. Sağlık kurumları uzmanlaşmış eğitim almış kişilerin fonksiyonel olarak örgütlendiği organizasyonlardır. Hizmet sunumunun tıbbi ve hemşirelik hizmetleri olarak ayrılması bunun gereğidir. Tıbbi faaliyetlerin sürdürülmesinde ki fonksiyonel yönetici başhekimdir.

Tıbbi hizmetler nöroloji, psikiyatri, genel cerrahi, ortopedi, kardiyoloji, üroloji gibi hizmet yönünden sınıflandırılmışlardır. Vaka ise rahatsızlanarak sağlık kurumuna başvuran hastaya uygun sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Örnek vererek açıklarsak; Nöroloji servisine gelen Multipl Skleroz (MS) tanısı olan bireye sağlık hizmetinin sunulması vakadır. Her hastanın aldığı sağlık hizmeti kendisine özeldir. Bu sebepten dolayı hekimin muayene ettiği her hastası ayrı bir vaka olmakla beraber ilgili hekim ise vaka yöneticisidir.

Bakım hizmeti ekip çalışması doğrultusunda yürütülür. Diğer sağlık personelleri de yetki alanları doğrultusunda hizmet sunarlar. Bu matriks yapı içinde hizmetlerin başarılı şekilde sunulması sorumluluk alanları doğrultusunda hareket eden ekibin varlığı ile mümkündür(Korkmaz,2008,s.44).

Hastaneler günün her saatinde hizmet sunan kuruluşlardır. Tüm sağlık çalışanları belirli shiftlerde dönüşümlü olarak çalışarak hasta bireylere sağlık hizmeti sunarlar. Acil, yataklı servis ve yoğun bakımlarda ki hastaların tedavilerinin devamlılığı için hastane kurumları günün her saatinde hizmet veren kuruluşlardır.

Kurum içindeki sağlık çalışanlarının büyük oranını kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların kurum içinde fazla olmasının hastanelere etkileri ise nöbetler, mesailer, tatil, bayram fark etmeksizin sürekli çalışmaları sebebiyle personel devir hızının yükselmesidir(Küçük,2005,s.7).

1.5. Hastane İşletmelerinin Organizasyon Yapısı

Hastanelerde oldukça fazla birbirinden ayrı sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu hizmetlerin uygulanmasının arka planında oldukça karmaşık organizasyon yapısının varlığını görmekteyiz. Tarihsel gelişimle beraber ilerleyen teknolojinin sağlık hizmetlerinde yer almasıyla teşkilatta değişiklikler uygulanmıştır.

Ülkemizde bireylerin sağlıklarına yönelik taleplerinin karşılanmasında ki sorumluluk devlete aittir. Bu hizmetin sunumu ülkemizde anayasal güvence altındadır. Ve burada asıl görevi üstlenen organ sağlık bakanlığıdır(Gökdağ,2014,s.27).

Kamuya bağlı sağlık işletmelerinin yönetiminin merkezinde sağlık bakanlığı yer alır. Sağlık hizmetlerinin talebi doğrultusunda il ve ilçelerdeki sağlık müdürlükleri bakanlığın taşra teşkilatlanmasında yer alır. Hastaneler de hizmet açısından yerinden yönetim işletmeleridir.

Sağlık bakanlığı kendisine bağlı olan tüm sağlık kurumlarının planlanması, koordinasyonu, denetlenmesinde ve gerekli durumlarda da yaptırımlar uygular. Sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi ve kurumların bütçelerinin belirlenmesi de sorumlulukları arasındadır(Gümüş,2017,s.917).

Hastanelerin kapasiteleri doğrultusunda idareleri ve yönetimi hastane yönetici tarafından uygulandığı gibi kapasiteleri doğrultusunda bu yetkiler bir kişide birleştirilerek başhekime de verilebilmektedir. Bu durumda idari mali işler müdürü ile sağlık bakım hizmetleri müdürü yönetsel kararları ve faaliyetleri yönünden başhekime karşı sorumludur. İdari birimde yer alan bu kişiler başarısız karne sergilemeleri durumunda genel sekreterlik tarafından yetkilerine son verilebilir(Gökdağ,2014,s.33-34).

1.5.1. Başhekimlik

Kamuya bağılı sağıık kurumlarında ki üst düzey yöneticidir. Kurum içinde alınan tüm yönetsel kararların ve yürütölen faaliyetlerin sorumluluğunu alır. Üretilen sağıık hizmetinin kalitesinden taviz vermeden etkin, verimli ve başarılı şekilde sürdürölmesi görevlerindendir. Sağıık bakım hizmeti ve idari ve mali işler müdürleri kurumda dair kararları bağımsız olarak alamazlar. Başhekimin onayına sunmaları gerekmektedir.

‘Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 110. maddesine göre başhekimin görev ve yetkilerini şu şekilde özetleyebiliriz:

- Kurumun tıbbi, idari ve eğitim hizmetlerinin görevlilerce en iyi şekilde yönetilmesini sağılar. Bu hizmetlerin yapılmasını gizler, en az haftada bir kez denetler.
- Kurumun verimli olarak çalıştırılması, işlerin sürat ve kolaylık içinde yapılması, kaliteyi düşürmeden ekonomi sağılaması ile hizmeti olabilecek en yüksek düzeye çıkarmak için gerekli tedbirler alır.
- Bütün personelin görev ve hizmetle ilgili hallerde doğrudan doğruya amiridir.
- Personelin nezaket kurallarına riayet etmesini sağılar. Personelin, hasta ve yakınlarının yanında, teşhis ve tedavi konusundaki tartışma, tenkitlerine engel olur.
- Ayniyat, ambar, depo, eczane, laboratuvar gibi birimlerdeki faaliyetlerin görevliler tarafından yerine getirilmesini sağılar.
- Tabiplerin hastalara verilmek üzere yazdıkları ilaç, yiyecek ve içeceklerin tıbbi yönden iyi bir şekilde hazırlanmasından sorumludur.
- Hastanedeki bütün tesisat, cihaz ve malzemeyi sık sık kontrol eder.
- Yönetmelik hükümlerine aykırı düşmemek şartıyla hizmetlerde sürat, kolaylık ve tasarruf sağılayacak tedbirleri alır ve yöntemleri geliştirir(Demir,2009,s.66).’

1.5.2. Hastaneler de Bulunan Bilimsel Kurullar

1.5.2.1. Hastane Konseyleri

Kamuya bağılı yataklı sağık kurumlarında baştabip önderliğinde kurulan konseyde servis, laboratuvar, poliklinik ve teknik birim sorumluları bir araya gelerek önceden belirlenen konulara yönelik yönetsel kararlar alırlar. Üyeler salt çoğunlukla üç ay ara ile bir araya gelirler. Baştabibin uygun gördüğü gündemlerde bu sure beklenmeksizin konsey toplanabilir.

1.5.2.2. Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu

Eğitim araştırma ve geliştirmeye yönelik çalışmaları planlama, sürdürülebilir kılmak ve denetleme amacıyla kurulmuştur. Baştabip kurulun başkanıdır. Baştabibin liderliğinde gizli oylama ile eğitim planlama kurulunun üyeleri belirlenir. Genel sağık hizmeti veren eğitim araştırma hastanesi ise dört üye belirlenir. Ama özel dal sağık kurumu ise üye sayısı ikiye düşer. Belirlenen üyelere biri başkan yardımcısı olur ve kurum lideri olmadığı zamanlarda kurula liderlik eder. Belirlenen üyeler vazifelerini üç yıl sürdürülebilirler. Yalnız gizli oylama ile yeniden seçilme hakları da bulunmaktadır. Baştabip liderliğinde kurul üyelerinin salt çoğunluğu ile toplanan kurulda, verilecek hükümler oy çokluğu gözetilerek kabul edilir. Oy sayısının aynı olduğu durumlarda baştabibin verdiği oy esas alınarak oylama sonuçlandırılır(Eğitim Planlama Kurulunun Görevlerine Dair Yönerge, Anonim,2014).

1.5.2.3. Sağık Kurulları

Engelli, yaşlı, kronik rahatsızlığı olan bireylerin ilaç ve hastalık raporları, iş görenlere yönelik ağır işte çalışamaz ve nöbet tutamaz raporları sağık kurullarınca düzenlenen raporlardır. Ve bu raporların verilmesi yasal olarak tek hekimin yetkisi dâhilinde olmamaktadır. Kurul raporları normal şartlarda hastanın şikâyetleri

doğrultusunda ki ilgili üç hekimin varlığı ile onaylanır. Yalnız üç hekimin aynı anda bulunmaması durumunda baştabibin kararı ile alana yakın üç hekim onayı sonucunda verilir. Sağlık kurullarında görev alacak uzman hekimleri baştabip belirler. Hastalar merkezi randevu sistemi ya da bağlı oldukları kurumun sevki doğrultusunda başvurabilirler. Kurum hekimlerinin muayene bulguları sonrasında ortak değerlendirmeleri sonucunda ortaya çıkan sonuca göre kişilerin raporları düzenlenir. Kişilerin aldıkları kurul raporlarının aslı ilgili kuruma yollanır, fotokopisini de aslı gibidir kaşesi ve imzası ile hasta dosyasında saklanır. Alınan raporlara dair itirazın oluşması durumunda, farklı bir hakem hastanesi tarafından tekrardan değerlendirir. Hakem hastanesinin aldığı karar mutlaklıdır, oynanamaz(Gümüş,2017,s.920).

1.5.3. Hastane Hizmetlerinin Organizasyonu

Hastanelerde birçok sağlık hizmeti sunulmaktadır. Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde ayrıntıları ile açıklanmaktadır. Hastane organizasyonlarında hangi dalların yer alacağı, işleyiş ve yükümlülükleri, personel kadrolarının niteliği, sağlıkta kalite standartları doğrultusunda kullanılacak araç gereçten fiziki ortama dair esaslar kurumun iç tüzüğünde açıklanır.

1.5.3.1. Poliklinik Hizmetleri

Polikliniklerde birçok uzman dal bulunmaktadır. Merkezi randevu sisteminden ilgili dallara müracaat eden hastaların muayene edildiği yerlerdir. Hekim isteği doğrultusunda kan ya da radyolojik tetkiklerde yapılır. Poliklinikler de hekim muayenelerine yönelik bilgilerde gizlilik ilkesi esas alınır. Halkın değer yargılarına saygı duyularak, hizmet sunulur.

Polikliniklere gelen hastalarda hasta kimlik bilgileri doğrulanarak ilgili uzmana giriş açılır. Ve hastaya muayene sırası verilir. Hastalar sırası gelince hekim odasına tek tek çağrılır. Burada muayene esnasında hasta mahremiyetine dikkat

edilerek sağlık hizmeti sunulur. Poliklinikler sunulacak sağlık hizmeti saatleri başhekimlikçe belirlenir.

1.5.3.2. Servis Hizmetleri

Servislerde sunulan sağlık hizmetleri ekip çalışması olarak yürütülür. Ve bu hizmetler çeşitli meslek mensuplarının işbirliği ve koordineli şekilde çalışması ile sunulur. Bu hizmetlerin amacı; bir an önce istenilen tetkiklerin sonucunun doğru yorumlanarak, hastaya doğru teşhisin konulması ve sunulması planlanan tedavi hizmetinin en kısa sürede hastayı sağlığına kavuşturmasını sağlamaktır.

Eğitim ve araştırma hastanelerin de servis şefi ile başhekimin isteği yönünde belirlenen sağlık personellerine hasta başında eğitim programları planlanır(Demir,2009,s.71-72).

1.5.3.3. Acil Hizmetleri

Acil müdahale edilmesi gereken şikâyetlere yönelik hastaların tedavi hizmetini aldıkları birimlerdir. Sunulan sağlık hizmeti kesintiye uğratılmadan devam eder. Günün her saati hizmet sunan, personel kadrosu ve acil durumlarda kullanılacak ekipmanın hazır bulundurulduğu ünitelerdir Acil servisler, uygulanacak müdahalelerin önceliği esas alınarak kendi içinde yeşil, sarı, kırmızı olarak da ifade edilen alanlara ayrılır. Bir hastanede acil servisin aılması için başhekimin talebi ile valiliğin izni gerekmektedir.

1.5.3.4. Ameliyathane Hizmetleri

Ameliyathanede sunulan hizmetler acil hizmetlerdir. Ve ameliyathanenin kesintisiz olarak sağlık hizmetini sunmaya hazırlıklı olması gerekmektedir. Çünkü

planlanan operasyonların dışında plansız gelişen durumlar da olabilir. Bu hususta birim sorumluluğu başhekimin onayı ile belirlenen cerrahi uzmanındadır.

Tüm biyomedikal cihazların ölçümlerinin tam olması, teknik arıza durumlarında ivedilikle ilgili birimlere arıza kayıtlarının yapılmış ve giderilmiş olması, operasyonda kullanılacak ekipmanlar uygun standartlarda olması, çalışanların idaresi ve ihtiyaç duydukları eğitimlerin planlanması birim sorumlusunun idaresindedir. Hastanenin ameliyat salon kapasitesi doğrultusunda birim sorumlusunun emrinde ihtiyaç duyulan diğer sağlık meslek mensupları da görev alırlar(Uzkesici,2002,s.131).

1.5.3.5. Yoğun Bakım Hizmetleri

Yoğun bakım sağlık hizmetlerinde hastalar sıkı takip, tedavi ve bakım altına alınır. Hastaların yaşam belirtilerinin devamlı olarak izlendiği ve gerektiğinde müdahale edildiği yataklı birimlerdir. Hastanın yaşamını tehdit edecek her türlü durum karşısında acil donanım, ilaç ve cihazlar günün her saatinde kullanıma hazır bulundurulur. Birim çalışanları da dönüşümlü olarak hazırlanan çalışma listeleri ile sağlık hizmetinin aralıksız sürdürülmesini sağlar. Yoğun bakım birimleri başhekimin talebi ve valiliğin onayı doğrultusunda açılabilirler.

1.5.3.6. Sterilizasyon Hizmetleri

Hastane içerisinde ki tüm alanların steril olması gereken ekipmanlarını özel kâğıt ve bohçalara koyarak steril şekilde uygulamaya uygun kılan birimdir. Alanlardan sterilizasyon ünitesine gönderilen malzemeler teslim tutanağı ile verilir. Verilen malzemenin kaybolmadan steril şekilde ilgili birime teslim edilmesi gerekmektedir. Sterilizasyonda yürütülen faaliyetler ile hizmeti sunan personelin tamamı ameliyathane sorumlusunun idaresindedir.

1.5.3.7. Laboratuvar Hizmetleri

Hastanelere başvuran bireylerin hastalıklarına yönelik isabetli teşhisin yapılmasını sağlayan tetkiklerin, yapıldığı ünitelerdir. Tüm laboratuvar tetkikleri hastanelerin büyüklükleri doğrultusunda kurum tarafından yapılabildiği gibi anlaşılan dış merkez tarafından da bazı tetkikler çalışılabilir.

‘Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 115. maddesine göre laboratuvar şeflerinin görev ve yetkileri aşağıdaki gibi sıralanır.

- Hastanenin bakteriyojoloji, biyokimya, patoloji, hematoloji, anatomi, radyoloji vb. laboratuvara gelen her türlü tetkik ve tahlillerin serolojik ve biyolojik testlerini şef ve uzmanlar yapmakla sorumludur.
- Radyoloji şef ve uzmanları poliklinik ve servislerden hekimlerin istek yazılarıyla gönderdikleri hastaların gerekli radyolojik tetkiklerini yapmakla yükümlüdürler
- Radyolojiye gönderilen istek yazılarında hastanın hastalığı hakkında ve yapılacak işlemle ilgili gerekli bilgileri yazar. Yapılan tetkikin sonucu da radyolog tarafından rapor edilir.
- Çekilen filmlere hastanın ismi, soyadı, protokolü ve tarih mutlaka yazılmalıdır.
- Sorumlu şef uzmanlar laboratuvarında bulunan tıbbi cihaz, alet, malzeme ve kimyevi madde ile bütün demirbaşlardan sorumludur(Gümüş,2017,s.923).’

Tetkiklere dair yürütülen hizmetlerin doğru güvenilir şekilde sürdürülmesini sağlayan şeflerin yetkileri yasa tarafından belirtilmiştir.

1.5.3.8. Eczanede Yürütülen Hizmetler

Kurum eczaneleri, hastanelerden sağlık hizmeti talebinde bulunan hastalara dair hekimin uygun gördüğü ve order ettiği ilaçlar ile sıhhi malzemeyi usullere uygun olarak karşılamakla yükümlüdür. Kurum eczanesinde eczane deposu bulunur. Ve hekimler order ettikleri ekranlarından eczane stoklarını görebilirler. Order edilen ilaç sistemden karşılanarak hemşire tarafından kurum eczanesinden temin edilir.

Kullanılan ilaçlar hasta tedavisinin sonunda hasta başı eczane deposundan düşölerek tüm bilgiler sistemde kayıt altına alınır. Kurumda birden çok eczanenin olması durumunda deneyimi fazla olan eczacı bakanlığın onayı ile baş eczacı olur. Baş eczacılar yürüttükleri tüm faaliyetlerini başhekimlikten bağımsız yürütemezler.

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Yürütölmesi

1.6.1. Hizmet Kavramı

Yaşamımızın belli kesitlerinde farklı formatlarda ortaya çıkan bir kavramdır. İnsanların toplu halde yaşam sürdürmelerinin sonucu olarak doğan bu kavram bilimsel yaklaşımla 17. Yüzyılda ele alınmıştır(Zengin ve Erdal,2000,s.47).

Daha sonraları yaşanan ekonomik, sosyal varyasyonlar ile kavram farklı boyutları ile ele alınmıştır. Bunun sonucu olarak alan yazınında kabul gören bir tanımı görmemekteyiz. Hizmet kavramı önceleri faaliyetlerin sonucunda elde edilen çıktının maddi olmaması şeklinde ifade edilmiştir. Sonraki dönemlerde mallara yönelik yarar sağlayan, üretime dâhil olmayan faaliyetler bütünü olarak ele alınmıştır. Günümüze geldiğimizde üretim ve tüketimin eş zamanlı olarak gerçekleştiğı, tüketicisinin manevi olarak doyumunu karşılayan eylemler bütünü olarak ifade edilir(Bektaş ve Ulutürk Akman,2013,s.119).

Bir işletmenin çıktılarının mal ya da hizmet olması arasında ayırıcı birçok unsur vardır. Müşteri satın aldığı mala dokunarak kalitesi hakkında yorum yapabilir. Veya ihtiyacını karşılama hususunda daha somut veriler elde edilebilir. Ancak satın alınan hizmet ise tüketilmeden önce kalitesinin değeriendirilmesi oldukça güçtür. Hizmetler üretildiğı zaman anında tüketilirler. Depoları yoktur. Hizmetin kalitesini önceden saptamak zordur. Daha çok tüketildikten sonra değeriendirmeye açık olur. Bunu bir örnekle şöyle açıklayabiliriz:

Bir kişi evine herhangi bir mobilya aldığında mobilyanın boyutuna bakarak ihtiyacını karşılayıp karşılamadığı hususunda yorum yapabilir. Dokunarak kalitesini

anlayabilir. Çünkü mobilya bir maldır ve somuttur. Ancak sağlık kurumlarına başvuran birey için satın aldığı ürün çıktısı hizmettir. Bir kişi hekime muayene olduktan sonra hekimin order ettiği ilaçları kullanmadan tavsiyelerine uymadan önce alacağı hizmetin kalitesi hakkında ölçüm yapamaz. Bu durum hizmetin kavramsal olarak soyut olmasının sonucudur.

Alan yazınına baktığımızda araştırmacıların oluşturdukları bazı ölçeklerin kullanımında, tüketilmeden hizmete dair fikir veren verilerin elde edilmesi amaçlanmıştır. SERVQUAL ile SERPERF ölçekleri örnek verilebilir. Bu ölçekler müşterilerin geri dönütlerini dikkate alırlar. Verilen hizmetin kalitesine dair müşterilerin beklentileri ve algıladıkları arasındaki korelasyonu esas alırlar(Bektaş ve Ulutürk Akman,2013,s.120).

İşletmeler sundukları hizmetin kalitesine yönelik gerçekçi verilere sahipse bu verileri işletmeyi başarılı ilerlemesi yönünde kullanır. Bundan dolayı sunulan hizmetin kalitesinin belirlenmesinde araştırmacılar oldukça fazla ölçüt üzerinde çalışmışlardır(Kılıç ve Eleren,2009,s.96).

1.6.2. Hizmetin Ortak Özellikleri

- Kavram, karakteristik nitelikler barındırır:
- Dinamik özelliğinden dolayı sunulan hizmetin ne boyutlarda olacağı önceden ölçülüp kestirilemez.
- Hizmetlerin başlangıç ve bitiş saatleri vardır.
- Bireye sunulan hizmet başka bireylere de sunulabilir. Ancak burada ki önemli husus hizmetin tekrarlanmasına rağmen ilk bireye sunulanla aynı olmamasıdır.
- Bireyler hizmeti tüketmeden, beklentilerini ve ihtiyaçlarını ne ölçüde karşılayacağının yanıtına tam olarak ulaşamazlar.
- Müşterilerin beklentilerine yönelik kaliteli hizmet sunumunda insan unsuru belirleyicidir. Şöyle ki yeterli donanım ve bilgiye sahip olmayan bireyler hizmet sunumunda yer almamalıdır(Sevimli,2006,s.2).

1.6.2.1. Dokunulmazlık (Soyutluk)

Hizmetler bireylerin duyuları ile algılayacakları somut kavramlar değildir. Bireylerin hissedemedikleri faaliyetler bütünüdür. Soyut niteliklere sahip olmasından dolayı sunumundan önce bireye sağlayacağı fayda ve ihtiyacını karşılama düzeyi önceden saptanamamaktadır. Bu sebeple hizmet sunucularının işleri kolay değildir. Aynı zamanda hizmetin kalitesine yönelik yorumda bulunabilmek için müşteriler, araştırmalar yaparlar. Müşteri memnuniyet oranları, hizmet sunucularının donanımı, kullanılacak malzeme, ortam ve hizmet bedeli gibi unsurlar yol gösterir(Dalgıç,2013,s.6).

Hizmetin bu unsurları barındırması pazarlanması konusunda bazı sonuçları doğurur:

- Bir hizmetin depolanması söz konusu olamaz. Bu durum hizmete yönelik oluşan aşırı talep ya talepsizlik durumunda yönetimini güç kılmaktadır.
- Hizmetlerin kullanım haklarının elde edilmesi zordur. Bu durumdan ötürü, yeni hizmetlere benzeyen birçok hizmet uygulamasının önüne geçilemez.
- Hizmetlerin sunumunda müşterileri ikna etmek kolay değildir.
- Stok yönetiminin mümkün olmaması ticari risk barındırır(Gümüş,2017,s.929).

1.6.2.2. Üretim Ve Tüketimde Eş Zamanlılık

Müşterilerin talep ettikleri malların üretilmesi ve kullanılması farklı zaman dilimlerinde olur. Burada müşteri talep ettiği ürünün üretim aşamasına çoğunlukla şahit olmaz. Müşteri ilk defa malların bedelini öderken üretici firma ile muhatap olur. Ancak satın alınan hizmet ise, bu durum farklılaşır. Hizmetler üretildikleri gibi müşteriler tarafından tüketilirler. Ve müşteriler hizmetin tüm üretim aşamalarında aktif olarak rol alırlar(Sevimli,2006,s.5). Hizmet üreticisine vekâlet ederek o hizmeti satışa sunan acenteler ve sigorta örnekleri bu özelliğin istisnasıdır.

1.6.2.3. Hizmette Stoklamanın Olmaması

Hizmetlere yönelik talebin hangi dönemlerde olacağı önceden bilinemez. Çünkü hizmetlere arz görelidir. Bu belirsizlik hali kuruluşlar için ticari bir risk oluşturur. Belli miktarlarda malı stoklayarak taleplerde oluşabilecek dalgalanmalar etkin yürütülen stok yönetimi ile karşılanabilirken, kuruluşların söz konusu çıktıları hizmet ise, arz ve talepteki belirsizlikler yönetimi güç kılar(Sevimli,2006,s.6).

Mallar önce üretim sürecinden geçerler. Ardından müşteriler tarafından alınır ve kullanılırlar. Hizmetler ise çoğu zaman üretilmeden önce müşteriler tarafından satın alınırlar. Ardından üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşir(Gümüş,2017,s.953). Örnek vererek açıklarsak, hastaneye bazı şikâyetlerle başvuran hastaya sunulacak sağlık hizmetinin dondurulup ya da stoklanıp başka bir zaman aralığında kullanılması söz konusu olamaz.

1.6.2.4. Hizmette Sahiplik Yoktur

Hizmetlerin mülkiyetleri yoktur. Herhangi bir mal satışa sunulduğunda onun bedelini ödeyen birey onun sahibi olmaktadır; ancak söz konusu hizmet olursa bireyler, talepleri doğrultusunda aldıkları hizmetlerin sahipleri olamazlar. Bu durum hizmetlerin soyut olmasından kaynaklanmaktadır(Eser,2007,s.12).

Daha açıklayıcı olması açısından örnek vermek gerekirse, bir kişi yolculuk hizmetini satın aldığı zaman hizmeti kullansın ya da kullanmasın o araç yine o hizmet için yola çıkar. Çünkü hizmetin ertelenmesi söz konusu olamaz. Firmanın satışa çıkardığı biletleri bir kişi dahi alsa hizmet sunumu gerçekleştirilir.

1.6.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Bir disipline yönelik ayrıntılara girilmesi, konuların derinlemesine incelenmesi açısından sınıflandırmalar, sistematik yol almada önem teşkil etmektedir. Hizmet alanlarının çeşitliliği ve heterojenik yapısı sınıflandırmalarını güç kılmaktadır. Örneğin, hemşire ve mimarı aynı hizmet kategorisinde düşünüp incelemek mümkün değildir(Erenkol,b.t.s.35).

Sınıflandırmaya yönelik çalışmaların ilerlemesinde yaşanan değişimler rol oynamıştır. Çevresel ve ekonomik değişimler, devletlerin uyguladıkları politikalar hizmetlerin kategorilerinin değişmesinde rol oynar. Devlet okullarında herhangi bir ücret ödemeksizin eğitim hizmeti sunulmasına karşın günümüzde ücret karşılığında gidilen özel okullar talep görmektedir.

- İş Gücü İle Yürütülen Hizmetler: Hizmetin sunucusu ve tamamlayıcısı bireydir. Aynı zamanda hizmet kalitesinin belirleyicisi de sunulacak hizmetin gerekliliklerini yerine getirebilecek nitelikte kişilerin görevlendirilmesinden geçmektedir. Burada sunulacak hizmete yönelik öğrenim görmüş profesyonel kişilere hemşire, mimar, denetmen, avukat misal gösterilebilir iken; nitelikli iş gücü sergileyerek hizmet gerçekleştiren teknik servis, bilgi işlem, biyomedikal çalışanları da yer almaktadır.
- Malzeme Ve Ekipmanla Yürütülen Hizmetler: Hizmet sunumunun kullanılan donanım varlığı ile gerçekleştirildiği hizmetlerdir. Yani bu hizmetlerde ekipman ve malzeme olmadan hizmetin üretilmesi mümkün değildir. Örneğin hastanelerde bulunan emar makinası otomatik olarak o hizmeti gerçekleştirirken; bir bebeğin ateşini ölçmede kullanılan ateş ölçerin kullanımı kısmi olarak iş gücü gerektirir.
- Tüketicinin Mutlaka Olmasını Gerektiren Hizmetler: Bazı hizmetlerin gerçekleştirilmesinde tüketicisinin orada olmasını gerektirir. Örneğin rahatsızlanarak hastanenin poliklinik birimine başvuran hastanın kaydının yapılması ve doktor tarafından muayene edilmesi için hastanın orada olması gerekmektedir. Restoran, ulaşım, berber gibi hizmetler de tüketici olmadan gerçekleştirilemez.

- Tüketicinin Olmasını Gerektirmeyen Hizmetler: Bazı hizmetlerin sunumunda tüketicinin orada olması gerekmez. Örneğin otomobilini muayene ettirmek için ilgili firmaya başvuran kişi o hizmetin sunumunda orada olmasa da hizmet gerçekleştirilirken; bilgisayarını tamir ettirmek için ilgili yere bırakan kişinin de olmaması hizmeti etkilemez.
- Kar elde etmeyi amaç edinmeyen hizmetler: Dini kurumlar, sağlık, eğitim ve kamu hizmetleri kar amacı taşımaz.
- Kar elde etmeyi amaç edinen hizmetler: Özel kuruluşların piyasaya sundukları hizmetler örnek verilebilir(Gümüş,2017,s.936).

1.6.4. Hizmet Pazarlaması

‘Günümüzde hizmet sektörünün ülke ekonomilerindeki ağırlığı bir gelişmişlik ölçütü olarak önem kazanmaktadır. Örneğin, Dünya Bankası’ nın 132 ülke arasında yaptığı refah sıralamasında, refah düzeyleri ve hizmet sektörünün ağırlığı arasında bir ilişki göze çarpmaktadır.1980’ler sonrasında önemi hayli vurgulanan hizmet sektörü endüstrileşmiş batı ülkelerinde toplam iş gücünün %55 ile %75 arasında bir oranını istihdam etmektedir. Ülkemizde de 1992 yılı verilerine göre hizmet sektörünün ekonomideki ağırlığı %55’tir(Zengin ve Erdal,2000,s.44).’

İlerleyen teknolojiye ve değişimlere ayak uydurmak işletmelerin pazarda tutunmaları ve sürdürebilir olmalarının temelidir. Özellikle son on yılda çıktıları hizmet olan örgütlerin başarıyı elde etmede pazarlama disiplinine önem verdikleri görülmektedir. Müşterilerin beklentilerini ihtiyaçlarını iyi analiz eden, pazarda bu konulardaki ihtiyaçlara inovatif düşünceler geliştirerek beklentilere yüksek oranda cevap veren işletmeler başarı sağlamaktadır. Burada müşteri memnuniyeti ve müşterinin seslenişini doğru şekilde yorumlamak oldukça önemlidir. Sunulan hizmet sonuçları müşteriye tatmin ettiği zaman müşterilerin zihninde yer alarak işletmeye bağlılık kazandırır(Çelik,2009,s.110).

Hizmet pazarlamasının taşıdığı belli başlı özellikler şunlardır:

- Hizmetlerin pazarlanmasına dair eylemlerde süreklilik vardır.
- Stratejik belli başlı kademelerden oluşan bu faaliyetler dizini sistematik olarak ilerler.
- Ürünlerini hizmet olan işletmeler pazar içerisinde dayanışma içinde bulunurlar.
- Müşterilerin beklentilerine cevap verecek kalitede hizmet sunumu

Hizmetin pazarlanmasına dair eylemlerin etkinliğine dair gerçekçi verilere ulaşmak kolay değildir(Midilli,2011,s.18).

1.6.5. Hizmet İşletmelerinin Pazarlama Bileşenleri

İşletmelerin pazarlamaya yönelik çabalarının başarıya götürmesi, hedef pazarın istekleri ile aynı doğrultuda olması ile ilişkilidir. Bundan dolayı pazarlama faaliyetlerinin yönetiminde pazarda tüketicinin isteklerini karşılamada eksik kalan yönlerin saptanarak müşterileri tatmin edici sonuçlar almak için pazarlama bileşenlerinin oluşturulması önemlidir(Çelik,2009,s.123).

Pazarlama bileşenleri örgütün müşteri kitlesinin arzını karşılamaya yönelik eylemler bütünüdür. Pazarlama yöneticileri işletmenin hedefleri doğrultusuna uygun pazarlama bileşenlerini belirler. Pazarlama bileşenlerinin elemanları örgüt yöneticilerinin kontrolünde olmakla birlikte pazarlamaya dair faaliyet planlamasının genel hatlarını oluşturur(Tenekecioğlu,B.,2004 s.7).

Örgütlerin çıktılarının mal ya da hizmet olması pazarlama yönetimi açısından da belli farklılıkları oluşturur. Hizmetlerin depolanamaz olmasından dolayı hizmeti sunan iş gören, eş zamanlı olarak tutundurma faaliyeti içinde olur.

‘ Hizmet ile pazarlaması arasındaki farklar şu şekilde sıralanabilir:

- Satın alma kararlarının verilmesi,

- Müşterilerin hizmeti veren çalışanlarla karşılıklı ilişkisi,
- Müşterilerin satın aldıkları hizmeti nasıl algıladıkları ve tatmin olma düzeylerini değerlendirme ölçütleri,
- Hizmet verenlerin ve müşterilerin hizmet kalitesini nasıl tanımladıkları ve ölçtükleri,
- Rakiplerin müşterilerle iletişim şekilleri,
- Hizmet işletmelerinde çalışanların müşteri tatmininde oynadıkları karmaşık roldür(Gümüş,2017,s.940).'

1.6.5.1. Hizmetlerde Ürün

Ürünler pazarlama bileşenlerinin önemli unsurlarından biridir. Ürün, kamuya bağlı ya da özel teşebbüslerin belirli bir amaç doğrultusunda ürettikleri ve hedef müşterilerine sundukları tüm çıktılardır(Tenekecioğlu,B.,2004,s.8).

Pazarda tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılama gayreti taşıyan işletmelerin odak noktası ürünleridir. Pazarlama karmasının bu elemanı hangi ürünün pazarda yer alacağı, temininin nasıl olacağı, amaca yönelik olmayan kalemlerin ayrılması gibi tüm etkinlikleri barındırır(Midilli,2011,s.21).

Pazarlamanın en önemli unsurlarından olan ürünler işletmeyi adeta yansıtır niteliktedir. Müşterilerin ihtiyaçlarına cevap verir ve talebe açık olmalıdır. Malların patenti alınabilirken çıktıları hizmet olan işletmeler için bu mümkün olmamaktadır. Bu durumun dezavantajı, rakip firmaların benzer hizmeti sunmalarına olanak tanımasıdır. İşletmeler sundukları hizmetlere yönelik oluşabilecek talep dalgalanmalarını sorunsuz şekilde yönetebilmelidir. Burada önem arz eden, pazarda tutunmanın da öncelikli unsuru olan doğru kapasite yönetimidir.

Hizmetlerin pazarlanmasında tüketicilere güven oluşturan niteliklerden biri de markalamadır. Çünkü müşteriler elle tutamadıkları ve satın almadan herhangi bir değerlendirme yapamadıkları etkinliğe dair bilgi edinmede logoların kendisinde ve çevresinde bıraktığı ize göre hareket ederler(Gümüş,2017,s.941).

1.6.5.2. Fiyatlandırma

Mal veya hizmetin bedeli ile maliyeti arasında kuvvetli bir doğrusal ilişki vardır. Bir işletmenin sunduğu hizmete yönelik belirlediği bedel, bu hizmetin sunulmasında karşılanması gereken maliyetleri de belirler. Bunu şu şekilde açıklayabiliriz: Giyim sektöründe faaliyet gösteren bir şirket eğer elde ettiği ürüne yönelik yüksek bir fiyat talep ediyorsa üretimini de kaliteli girdiler ile sağlamalıdır. Yani burada arzu edilen fiyatlandırma ile katlanılan maliyetler arasında yüksek bir korelasyon vardır.

Fiyatlandırmalar piyasada tutundurma faaliyetlerinde de etkilidir. İşletmeler piyasaya sunduğu hizmeti ya da ürünün hedef kitleye tanıtımı ve fiyatlandırılmasının birbirini tamamlar nitelikte olması beklenir. Yüksek kaliteye sahip olduğu vurgulanan ürünün düşük fiyatlandırma politikası ile pazara sunulması hedef kitlede çelişki oluşturur. Bugün piyasada adını duyurmuş birçok işletme ürettikleri kaliteli ürünlerin fiyatlandırılmasını özellikle yüksek tutarlar(Tenekecioğlu,B.,2004,s.144-145).

Pazara sunulan ürüne dair fiyatlandırma faaliyetleri üzerinde hassas durulması önemlidir. Çünkü fiyatlar hedef kitlenin üzerinde yoğunlaştığı pazarlama bileşenidir. Ürüne yönelik talepteki dalgalanmalar işletmelerin fiyatlandırmaya yönelik stratejiler geliştirmesine yol açar(Gümüş,2017,s.941). Örneğin, pandemi sürecinde ilaç firmalarının piyasaya sundukları multivitaminler oldukça rağbet görmüştür. Aynı zamanda vücudun direncini arttırdığına yönelik reklam faaliyetleri ile piyasada yer alan aktarların ürünlerin fiyatlarını talepteki artışlar doğrultusunda arttırması da örnek verilebilir.

1.6.5.3. Tutundurma

Tutundurma işletmenin ortaya çıkardığı çıktının piyasadaki rakiplerinden ayırıcı unsurlarına vurgu yaparak tüketicilerin ürünün tüm özelliklerinin farkında olmasını sağlamak ve ürüne yönelik talep isteği oluşturmaktır. Çeşitli pazarlamaya

yönelik iletişim araçlarını kullanarak tüketicileri satın alma eylemine yöneltten pazarlama bileşeni olarak da ifade edilebilir. Tutundurmanın temelinde ikna kabiliyeti ve etkili iletişim yöntemleri yer alır. Tüketicilerin ürüne yönelik satın alma düşüncesi olmasa bile etkili yürütülen tutundurma çalışmaları ile zihinlerinde yer alarak davranış değişikliği oluşturabilir(Tenekecioğlu,B.,2004,s.211).

Günümüzde yaygın olarak kullanılan sosyal medya, pazarlamanın yeni faaliyet alanlarından olmakla beraber pazarlamaya yeni bir anlayış kazandırmıştır. Bazı kuramcılar sosyal medyanın bütünüyle tutundurma eylemleri içerisinde yer aldığını savunmuşlardır. Tüketicileri bilgilendirme, satın almaya yönelik ikna çalışmaları, ürünü sürekli gündemde tutarak hatırlatma faaliyetlerinin tümünün rahatlıkla sağlandığı platformlardır. İşletmeler sosyal medyanın gücü ile daha geniş kitlelere sesini duyurabilmektedir. Örneğin;’ Coca Cola markası Facebook’ta dünya genelinde yaklaşık 36 milyon 180 bin kişiye onların ürüne karşı istek ve ihtiyaçlarını yoğunlaştırıcı, farkındalık oluşturacak, insanların duygularına hitap edebilecek ve tercih oluşturucu mesajlar ulaştırma şansına sahiptir(Köksal ve Özdemir,2013,s.331-332).’

1.6.5.4. Dağıtım

Bazı ürünler üretildiği ortamlardan müşterilerine satılır iken bazıları da birbirinden farklı kanallar aracılığı ile ürün ya da hizmetini tüketicilerine ulaştırır. Dağıtım kanalları firma ve müşterisi arasında ki köprü niteliğindedir. Çünkü sadece ürünün nitelikli ve kaliteli olması müşteri memnuniyetinde yeterli olmamaktadır. Aynı zamanda uygun dağıtım kanallarının organizasyonunu yaparak tüketicinin ihtiyacı olan şeyi, istenilen zamanda sunuma hazır tutulması da önemlidir. Burada dağıtım kanalları birey ve kuruluş olabilir.

Dağıtım, işletmelerin başarısında oldukça etkili olan pazarlama bileşenidir. Ürüne yönelik uygun dağıtım kanallarının belirlenmesi ve kanal üyeleri arasında ki koordinasyonun etkin yürütülmesi müşteri tatmininde gerekliliktir. Üretici işletmeler, ürünlerini hedef kitleye kendileri ulaştırabildikleri gibi bu hususta birden fazla

dağıtım kanallarını da tercih edebilirler. Burada araçların tercihinde işletmeye getireceği faydalar kadar maliyetler de göz önünde bulundurulmalıdır(Düzgün,2015,s.13).

1.7. Sağlık Hizmetleri Değişkenleri

Sağlık hizmetlerinin değişkenlerinden söz ederken hizmetlerin sunumundaki en önemli unsurlardan olan kaynak ile organizasyona değinmek yerinde olacaktır. Çünkü bu iki faktör hizmetin kalitesini doğrudan etkiler. Sağlık işletmelerinin kaynakları, hizmet sunumunda aktif olarak yer alan iş gücünden fiziki ortama ve kullanılan malzemeye kadar hepsini içerir. Organizasyon ise var olan kaynakların nasıl bir süreçten geçerek elde edilen çıktıyı açıklamaktadır. Sistemde yer alan beşeri kaynaklar ile sağlık işletmelerinin, hizmete yönelik koordinasyonunu sağlandığı ve denetim süreçlerinin belirlendiği faaliyetler bütünüdür.

Bireylerin sağlık hizmetine yönelik algıları, sağlık kaynaklarının bölgeye erişimi ile ilişkilidir. Çünkü nitelikli sağlık hizmetinin verilmesinde kaynakların coğrafi dağılımda adil yer alması gereklidir. Burada organizasyonun iki temel unsuru karşımıza çıkmaktadır. Birincisi erişim, yani erişilebilir olmadır. Burada hizmeti alanının sisteme nasıl girdiğini ve olası engelleri ortaya çıkarır. İkincisi ise yapıdır. Sağlık işletmelerine bireylerin başvuruları şekilleri, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarının niteliği, tedavi süreçlerinin tümünü kapsar.

Ülkelerin sağlık kaynaklarını etkili kullanmaları vatandaşlarının yaşam kalitelerine yansımakta olduğu bir gerçektir. Bundan dolayı ülkelerin özellikle sağlık sistemlerine yönelik iyileştirici hamlelerini görmekteyiz(Aksungur,2020,s.33-35).

İnsan yaşamının devamlılığı sağlığın sürdürülebilmesine bağlıdır. Bu nedenle sağlığın korunması önemlidir. Bu korunmayı toplumsal yaşamda sağlayacak olansa, sağlığın korunmasını bir hak olarak tespit eden hukuki düzenlemelerdir. Sağlıklı ve kendi sağlık sorunlarına sahip çıkan bir toplum için yine sağlıklı ve kendi sağlık sorunlarına sahip çıkan bireylere ihtiyaç vardır. Bireylerin kendi sağlık sorunlarına

özüm getirebilmeleri ve buna paralel olarak toplumun devamlılığı, sağlığın vazgeçilmez bir insan hakkı olarak hukuki zemine oturtulmasına bağlıdır. Bireyin sağlığını dolayısıyla toplumun sağlığını etkileyen, biyolojik, kimyasal, sosyal ve kültürel alanlara yönelik olarak, eğit dağılımı gerçekleştirecek hukuki düzenlemeler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır(ztrk,2001,s.15).

1.7.1. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Sağlık hizmetlerinin amaçlarını sadece bireyleri sağlıklarına kavuşturmak olarak tanımlamak yeterli olmayacaktır. Beraberinde hizmet alıcılarının beklentilerini karşılamak, kararlarına saygı ile yaklaşmak, sağlık harcamalarına dair oluşabilecek kaygıyı giderme ve eylemlerinde bulunarak finansal koruma yollarını bulma gibi sistemin birçok yükümlülüğü vardır(Bağcı ve Atasever,2020,s.11-12).

1.7.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlığın tanımına yönelik alan yazınını incelediğimizde kişilerin bütünüyle değerlendirilmesi gerektiği yani fizyolojik, psikolojik, bedenlen sağlıklılık olarak ifade edildiği birçok tanım karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında sadece tedaviye yönelik sunulan hizmetlerin değil aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ve sosyal bir varlık olan insanın rehabilitasyon hizmetlerini de ele alacağız(oban,2009,s.16).

1.7.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hem kendilerini hem de yaşamlarını sürdürdükleri çevrelerinin sağlığını tehdit eden ve onlara zarar veren her türlü unsurun önüne geçmek ya da etkilerini azalmak maksadıyla yrtlen çalışmaların tümüdür. Toplumun sağlığına

doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek tüm olumsuz faktörlerin önüne geçilmesi, var olan sağlıklılık durumlarının sürdürülebilirliğinin sağlanmasını hedefleyen hizmetler olarak da açıklayabiliriz(Bağcı ve Atasever,2020,s.5).

Birinci basamak sağlık hizmetleri de denilen koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı insanlara onların hastalanmalarını önlemek, yani sağlığını korumak ve sağlığı geliştirmek için sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, kamu sağlığını ilgilendiren, bireylerin yararlanabilmek için kişisel başvurusunu gerektirmeyen türde hizmetlerdir. Bireylerin birbirine rakip olmaksızın yararlandıkları koruyucu hizmetler, hastalık bulaşma olasılığını azaltarak toplum için ortak bir fayda doğurduklarından kamusal hizmet görünümündedir(Ertekin,2000,s.8).

1.7.2.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylerde gelişebilecek her türlü hastalığa yönelik onların bağışıklık sistemlerini kuvvetli kılmayı hedefleyerek hastalığın olumsuz etkilerinin önüne geçmeye çalışan, böylelikle sağlıklı kalan bireylerden sağlıklı toplumlar olmayı ilke edinen hizmetlerdir(Bağcı ve Atasever,2020,s.6).

Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı dirençli ve güçlü kılmayı; hastalanmaları halinde ise erken dönemde teşhis konularak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerdir. Bağışıklık kazanmak için aşılama yapma, bireylerin uygun beslenmesini sağlama, sağlık eğitimi aile planlaması, okul sağlığı, erken teşhis ve bu amaçla yapılan periyodik muayene bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde değerlendirmektedir.

1.7.2.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyler farkında olarak veya olmayarak yaşamlarını idame ettirebilmeleri için devamlı çevreleri ile iletişim ve etkileşime girerler. Bu etkileşimden doğan

hastalık yapıcı faktörlerin bireye bulaşmasının önüne geçmeyi hedefleyen faaliyetlerin tümünü çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirebiliriz.

Çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemelerini önleyerek kişileri sağlıklarını koruyabilmeyi anlatan çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini katı ve sıvı atıkların kontrolü, kanalizasyon hizmetleri, temiz hava ve su temini, gıda sağlığı, haşerelele ile mücadele gibi hizmetleri kapsamaktadır(Ertekin,2000,s.10).

Koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi, hem toplumun hem de tedavisi daha masraflı olan hastaların engellenmesine rol oynayarak sağlık harcamalarından tasarruf sağlar. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyetleri, hastalıkların ortaya çıkmasından sonra katlanılan maliyetlerden düşük kalmakta, sağladığı toplumsal fayda ise yüksek olmaktadır.

1.7.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha büyük bir organizasyon ve maliyet gerektiren hizmetler olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri gibi pozitif dışsallıklara sahip bulunmaktadır(Ertekin,2000,s.12).

Bu hizmetler sağlığını kaybetmiş bireylere sunulan hizmetlerdir. Bir kişi hasta olduğu zaman hem psikolojik hem de finansal olarak birçok bedel öder. Bu sürecin zorluğu özellikle bulaş riski olan hastalıklarda daha da ileri boyutlara giderek kitlesel olarak sağlık tehlikesi haline gelebilir.

Tedaviye yönelik hizmetin verilmesi hastalığından dolayı bireyin yaşadığı acı ve ıstırabın son bulmasını sağlarken aynı zamanda doğrudan olmasa da topluma dair pozitif yararlar sunar. Bu unsurlar bireylerin hastalıklarının tedavisinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir(Çoban,2009,s.17).

1.7.2.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri

Bireyin hastalığına yönelik iyileştirici müdahalelerin yatış verilmeden uygulandığı ve tedavi sürecinin de evden devam ettirilerek sürdürüldüğü hizmetlerdir. Bu hizmetin sürdürüldüğü sağlık işletmeleri çoğunlukla bünyelerinde yatarak tedavi verme olanağına sahip olmayan kurumlardır. Örneğin ana çocuk sağlığı merkezleri, aile hekimliklerini bu sınıflandırmaya dâhil edebiliriz(Çoban,2009,s.18). Türkiye’de sıklıkla sağlık ocaklarından önce ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti sunan hastanelere başvurulması ve buraların poliklinik olarak kullanılmasından kaynaklı yığılmaların yaşanması söz konusudur. Oysa hastanelerin temel görevi poliklinik hizmeti sunmak değil, yataklı tedavi hizmeti sunmaktır.

1.7.2.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri

Hastalıkları birinci basamak tedavi hizmeti ile giderilemeyen hastaların, hastanelere sevk edilmeleri sonucu uzman doktorlar tarafından muayene ve tedavi edilmeleri hizmetlerini kapsamaktadır(Pala,1995,s.64).

Uzmanlık gerektiren bir tedaviye gereksinim duyulduğunda, ileri teknoloji ile çalışan ve belirli bir alanlarda uzmanlık yapmış hastanelerce verilen sağlık hizmetleri de burada yer alır. Bu hizmetleri veren kuruluşlar, ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenmekte ya da belli yaş gruplarına hizmet vermektedirler. Eğitim araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerini de burada örnek gösterebiliriz(Ertekin,2000,s.14).

1.7.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Kişiler geçirdikleri hastalık veya yaşadıkları bir travmaya bağlı olarak bedensel veya zihinsel yetilerini kalıcı veya geçici olarak kaybedebilirler. Bu

hizmetler bireylerin yaşam kalitelerini geri kazandırmak için yürütülen tüm tıbbi faaliyetleri barındırır. Bireyi yaşamında bağımsız olması ve yaşadığı travmanın etkilerini mümkün olduğunca azaltarak yaşamını idame etmesi sağlanır. Burada ki amaç bireyleri üretici kılarak topluma kazandırmaktır. Eğer kişinin bedensel sağlığını bozmuşsa kişiye tıbbi rehabilitasyon hizmetleri sunulur. Geçirdiği kaza sonucu işitme yetisinde azalma olan bireye işitme cihazının takılması, vücut uzuvlarını kaybeden bireye protez takılması gibi örnekler verilebilir(Arslantaş,2015,s.15).

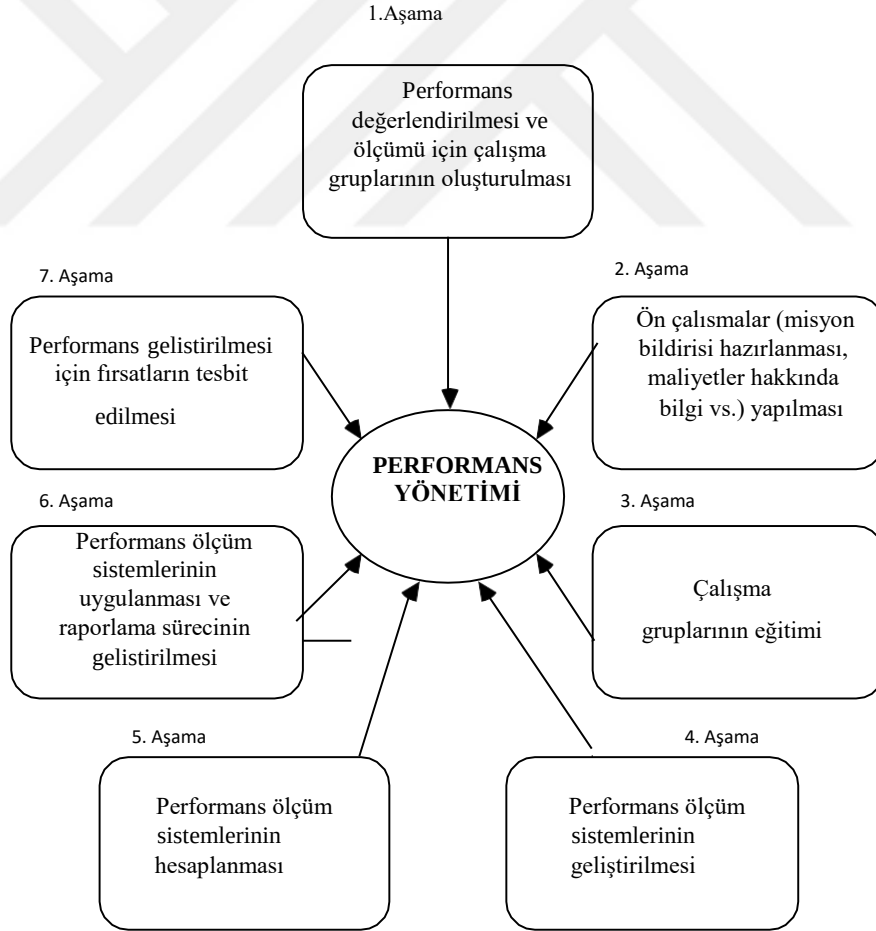


2. SAĞLIKTA HEMŞİRELER ODAKLI BAŞARI DEĞERLEME SİSTEMİ

2.1. Performans Yönetimi

Performans yönetimi, iş görenlerin mevcut potansiyellerini ortaya koymalarını sağlamak için onları cesaretlendirerek çalışmalarının sonuçlarını etkili kılan, planlı yaklaşımdır. Performans yönetiminde ilk önce örgütün, bölümlerinin ve iş görenlerin hedefleri belirlenir. Belirlenen zaman aralığında sergiledikleri iş davranışı sonucunda ortaya çıkanlar ve hedeflenenler değerlendirilerek, hedeften sapmalar ve buna yönelik iyileştirmeler belirlenmiş olur (Işığışık,2008,s.2). Bu süreç döngüsel olarak uygulanır.

Şekil 1. Performans Yönetim Süreci



Kaynak: Aktan, C. (2009). Performans Yönetimi: Organizasyonlarda Performans Değerlendirme ve Ölçme. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 34. 'den alındı.

2.1.1. Performans Yönetiminin Tanımı

Performans yönetimi iş gören ve idarecisinin karşılıklı iletişimde bulunarak iş görenlerin amirinden, amirinin iş görenden beklentilerine yönelik fikir birliği oluşturmalarına yönelten süreçtir. İş görenlerin yalnızca sergiledikleri davranışları değerlendirmekten öte, amaç doğrultusunda uygulanacak stratejik plan, yöntem ve standartların ne olacağı, sonuçların işletme ve iş gören açısından anlamı, performans yönetimi kapsamındadır (Uysal, 2015, s.35).

İş görenlere belirli bir işin sorumluluğu verilirken o işin hedeflerinin iş gören tarafından başarılabılır olması iş görenin amaca ulaşmak için gösterdiği gayretinin artmasına yol açar. İş görenin performansının artması işletmenin başarısında etkindir. Lakin sadece iş görenlerin performanslarını arttırmaya yönelik çabaları işletmeyi başarıya götürmez. Çünkü işletmenin mevcut kültürü, belirlediği politikaları, kullanılan teknoloji düzeyi gibi faktörler de etkiler. Örgütte performansa dayalı kültürün hakim olması, örgütsel hedefler doğrultusunda hareket eden nitelikli iş gören sayısını artırır. Böylece örgütün temel değerlerinin sürdürülmesi de güvence altına alınır (Mercanoğlu, 2012, s.47).

İşletmeler, müşterilerinin memnun olmasını, hedeflerine yönelik çıktılarının beklenen düzeyde olmasını ister. İşletmelerin başarısı girdilerin verimli bir şekilde kullanılmasına bağlı olduğundan burada ki temel faktör olan iş göreni başarılı bir performans yönetimi ile destekleyerek örgütsel başarıyı sağlayabiliriz.

2.1.2. Performans Yönetiminin Amacı

İş görenlerin kendisinden istenilen sorumluluklar ve rolleri doğrultusunda çalışma davranışı sergilemelerini sağlamak, iş görenleri güdüleyerek örgütün amacına yönelik örgütsel faaliyetlerini arttırmak, eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gidermek, geleceğe yönelik yükselme umudunun olmasını sağlamak performans yönetiminin amaçları arasındadır(Uysal,2015,s.37).

Bir organizasyonun belirlediği amaçlarına ulaşabilmesi için organizasyonun birimleri ile iş görenlerin performanslarının yüksek ve örgütün hedefleri ile aynı doğrultuda olmasına bağlıdır(Işığışık,2008,s.3). Amaçların gerçekleşmesi doğrultusunda iş görenlerin ve ilgili alanlarının mevcut potansiyellerini örgütün faydasını gözeterek artırma şeklinde de ifade edebiliriz.

Performans yönetiminin amaçlarını kısaca özetlemek gerekirse;

- Yönetici ile iş görenler arasında etkili ve doğru iletişimin kurulmasını sağlamak,
- Örgüt içinde bütün iş görenlerin amaca yönelik çalışma davranışı sergilemelerini ve sorumluluk almalarını sağlamak,
- İş görenlerin örgütün başarısına yönelik katılımlarını sağlamak,
- İş görenlerde yönetsel kararlara yönelik güven duygusu oluşturmak,
- Örgüt içinde devamlı performansın iyileştirilmesine yönelik bir atmosfer oluşturmak(Aydoğan ve Akgemci,2016,s.39-48).

2.2. Performans Değerlendirme

İş görenlerin işletmenin amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik katkılarının artırılması, geliştirilmesi yolunda performansı esas alan planlı çabaların tümüdür. Örgütler amaçlarına ulaşma noktasında iş görenlerin yetenek, kişilik ve potansiyelleri doğrultusunda doğru karar verebilmek, başarısızlıklarına yönelik düzeltici eylemlerde bulunarak verimliliği arttırmak için iş görenleri değerlendirmek

durumundadırlar. (Çetin,2006,s.24). Günümüzde birçok örgüt bunun ayrımını yapma ve objektif kararlar almada yönetimin temel unsurlarından, performans değerlendirmeye başvurur.

2.2.1 Performans Değerlendirmenin Tanımı Ve Önemi

Beşeri kaynakları ile pazarda rakiplerinden güçlü olmak isteyen örgütler, iş görenlerinin iş davranışlarını örgütsel amaçlara yöneltecek kabiliyette olmalıdır. Performans değerlendirmesi işin gerekliliklerini yerine getirmede çaba sarf eden ve başarıya ulaşanı, başarısız olandan ayıran ve çalışanların icraatlarını standartlar ile puanlandıran sistemidir. Bu sistemin önemi örgütün bütünü geleceğinde belirleyici olan iş gören performanslarına yönelik önemli veriler sağlamasıdır. Performans değerlendirme yöneticilere iş görenlerini doğru kadrolamaları, iş potansiyellerini görmeyi, görevine son verme, terfi, ödüllendirme, ücret politikalarını belirlemede subjektiflikten uzak olunmasını sağlar. Özellikle modern işletmelerde gördüğümüz değerlendirme yaklaşımlarında müşterilerin beklentilerini karşılayarak memnuniyetini esas almak, iş görene güven ortamı oluşturarak motivasyonlarını artırıcı eylemlerde bulunmak, iş görenlerin eksik yönlerini tamamlayarak başarı düzeylerini arttırmak ön planda tutulur(Aydoğan ve Akgemci,2016,s.39-48).

İşletme içerisinde performans değerlendirmenin yapılması, çalışan ile yöneticisinin etkili iletişimini sağlar. Çalışanını tanıyan yönetici performansını arttırmak için nelerin motivasyon kaynağı olabileceğinin de bilgisine sahip olur. Böylece hem iş görenin performansa yönelik eksikliklerini görme ve telafi etme fırsatı doğar hem de performansı artan çalışanlar işletmenin performansını beklenen düzeye taşır. Çalışanın başarısını kişisel özellikleri, başarıma hırısı, motivasyonunu etkin bir şekilde değerlendirecek idari kadronun varlığı ile örgütün fiziki ortamı belirler. Yönetici işletme içerisinde performansa dair oluşturduğu atmosferde, çalışanların eylemlerini gözlemlemek, sonuçlarını görmek ve katkılarını değerlendirmek ister. Bu yönde yürüteceği sistematik süreçlerin tümü performans değerlendirmedir. Geleceğe dair alınacak idari kararları gerçekçi verilere temellendiren ve amaca yönelik örgütsel eylemlerin başarı ve başarısızlığını

sistemantik olarak değerlendiren srec olarak da ifade edebiliriz. Stratejik planların yapılmadığı, sürecin sistemantik olarak yürütülmediği, kararların alımında sübjektifliğin baskın olduğu, değerlendirme sonuçlarının gizli tutularak iş görenlerin eksik yönlerini tamamlama ve güçlü yönlerine yönelik motivasyonun olmadığı, değerlendirme hatalarına bağlı olarak örgüt atmosferinde güvensizlik ve isteksizliğin hakim olması gibi durumlar başarılı olmayan örgütleri karşımıza çıkarmaktadır. Günümüze geldiğimizde değerlendirmede objektifliği, çalışanların yerine performanslarının değerlendirildiği, hata bulmanın yerine hataların düzeltilmesini ve örgütün amaçlarını gerçekleştirme noktasında çalışanların bütün olarak ele alıp geliştirilmesi esas alınmıştır(Aktaş,2010,s.10-13).

Performans değerlendirme; örgütlerin mevcut piyasa koşullarında rakiplerine karşı üstünlük sağlaması, örgütün faaliyetlerini ve çalışma davranışı sonuçlarını detaylı şekilde adım adım değerlendirerek etkinliği ve verimliliği arttırmada ihtiyaç duyulan araçtır(Uygur ve Sümerli Sarıgl,2015,s.189-201).

İşletmeler hedeflerine ulaşmak için iş görenlerin çalışma davranışları, kişisel özellikleri doğrultusunda gösterdikleri tüm çabaların işletmenin başarisına olan etkilerini değerlendirerek elde edilen verilerin iş görenin ve yöneticilerin katılımı ile çözümlenmesi ile yönetsel kararlar alır(Tunçer,2013,s.89).

Performans değerlendirmenin nerelerde kullanıldığını şu şekilde sıralayabiliriz;

- İş görenlerin eğitim gereksinimlerinin karşılanmasında
- Örgüt içinde objektif kararların alınmasında
- İş görenlerin çalışma davranışlarının ve potansiyel gelişimleri doğrultusunda ki alanlarda çalışmasını sağlamada
- Değerlendirme verileri ışığında adil şekilde idari kararların alınmasında
- İş görenlerin ödüllendirilmesi ve ya cezalandırılmasını belirli veriler ışığında gerçekleştirmek(etin,2006,s.27).

- İş görenlerin işe alımlarını veriler ışığında etkinliğinin değerlendirilmesi
- İş görenlere verilen görevlerin onlara uygunluğunun belirlenmesinde
- İşletme içerisinde ve takımların arasında adaletin sağlanmasında
- İşten çıkarma kararlarının alınmasında gerçekçi verilere dayanmak
- İşletme girdilerinin ne derece etkili ve verimli kullanıldığının saptanmasında
- Amaçlara ulaşma doğrultusunda yapılacak eylemlerin örgüt içinde anlaşılma derecesini belirlemek için
- İşletmenin gelişme ibresini devamlı yukarıya çıkarmada
- Değerlendirme verilerinin iş görenlere bildirilmesi, performanslarının yükseltilmesi durumunda işletme içinde alacakları ödülleri ve alınacak yönetsel kararların önceden bildirildiği şekilde uygulanması, iş görenlerin işletmeye olan güven ve bağlılığını artırır.

Sadece ölçüm sonuçlarından elde ettiğimiz veriler ışığında bir işletmenin hedeflerine ulaşmadaki başarısı hakkında yorum yapamayız. Ancak detaylı performans değerlendirme verileri ile işletmenin başarısı hakkında yargıda buluna bilinir(Tuncer,2013,s.90).

2.2.2. Performans Değerlendirmenin Amacı

- İş görenlerin iş tutumlarına yönelik gerçekçi bilgilere ulaşmak
- Örgüt içinde olumlu bir sinerji oluşturarak iş görenlerin inovatif fikirleri ile başarıya ulaşmalarını sağlamak
- Yöneticilerin yönetsel kararlarını şeffaf kılarak iş görenlerin kaygılarını azaltacak güven ortamı oluşturmak
- Beklentileri karşılamayan iş görenlerin ihtiyaçlarına yönelik girişimlerde bulunarak onlara fırsatlar tanımak
- İş görenlerin hem yöneticileri hem de takım arkadaşları ile sağlıklı iletişim kurmasını sağlamak

- İş görenin ilgi, bilgi ve donanımı doğrultusunda görevlendirilmesini sağlamak(Akçakanat,2009,s.8).
- Çalışanın sarf ettiği emeğinin karşılığı olarak yapılacak ödeme miktarının belirlenmesi
- İş tasarımıyla yapılan hataların ortaya çıkarılması ve uygunsuzlukların giderilmesi
- Örgütün izlediği politika ve uyguladığı stratejilerinde etkin olması
- Başarıyı devamlı kılacak motivasyon kaynaklarını belirleyerek iş görenlerin performanslarını geliştirici örgüt kültürü oluşturmak
- İşletmedeki iş görenleri başarılı ve başarısız olarak tanımlamak değil, işletmenin amaçlarının iş görenler tarafından ne düzeyde anlaşıldığının saptanması, beklentileri karşılamayan iş görenlerin geliştirilmesi gereken alanların saptanarak örgütsel verimliliği arttırmak(Çetin,2006,s.27).
- İş görenlerden örgüt içerisinde daha verim almak ve motivasyonlarını arttırmak adına değerlendirme verileri ışığında çeşitli rotasyonlar uygulanabilir. Ve başarı potansiyeli yüksek olan çalışanlar tespit edilerek onlara yeni sorumluluklar yükleyip iş alanları zenginleştirilebilir(Akçakanat,2009,s.9).

2.2.3. Performans Değerlendirmenin Yararları

Performans değerlendirme işletme içinde bulunan bireyden başlayarak örgütün bütününe yönelik birçok faydası bulunmaktadır.

2.2.3.1. Yöneticiler Açısından Yararları

- Örgütün amaçları doğrultusunda iş görenin katkısı belirlenir ve performansının etkin bir şekilde planlanmasını sağlar.
- İş görenlerle kurulan etkili iletişim ile iş görenin zayıf yönleri ve gelişim potansiyelleri belirlenerek görevlendirmeler doğru şekilde yapılır.

- Yöneticilerin yönetsel kabiliyetlerini görmeleri ve geliştirmelerine olanak tanır.
- İşletme içinde işe yönelik uygun davranış sergilemeyen çalışanların işten çıkarılma kararlarının verilmesi
- Çalışanın işe alınması kararlarının geçerliliğinin ortaya konulması
- Eğitimlerle desteklenmesine rağmen amaca yönelik çaba sarf etmeyen çalışanın işten çıkarılması
- İş görenlerin işe yönelik tutumlarının saptanması
- Performansı olumsuz etkileyen durumları saptayarak çözüm geliştirmede kullanılır(Aydoğan ve Akgemci,2016,s.39-48).

Ayrıca örgütü başarı kılmak için yapılması gereken işlerin planlamasına yardımcı olur. Yöneticiler örgüt içerisinde hedeflere ulaşma doğrultusunda bazı stratejik kararlar alırlar. Alınan yönetsel kararların ne derece amaca hizmet ettiğini ve yıllar içinde örgütün bütününe olan etkilerini görmelerini de sağlar(Çakmak ve Ocaklı,2008,s.222).

Kişisel özellikleri, deneyimleri, eğitimleri, yetenekleri, ön görülen geliştirilebilir yönleri göz önünde bulundurarak işe alım ile başlayan süreç sonraki dönemlerde işletme içinde belirli aralıklarla görev başında ki beklenen ve sergilenen davranışları tekrardan değerlendirilir. Böylece iş gören hakkında değerlendirme sonuçları ışığında yargıda bulunabilir(Aktaş,2010,s.13).

2.2.3.2. Çalışanlar Açısından Yararları

- İş görenler örgüt içi yönetsel kararların gerçekçi veriler ışığında alındığını bilirler
- Örgüt içindeki rollerine ilişkin hangi sorumlulukları üstlendiklerini bilirler
- Amaçlara yönelik eylemlerde eksik yönlerini ve güçlü taraflarını görürler.
- İş görenlere performanslarını yönetme imkânı tanıyarak öz güvenleri artar.

- Çalışanın eksik yönlerini görmesini sağlama ve kendini geliştirme yönünde imkânlar sunar.
- Değerlendirme sonuçları doğrultusunda aldıkları geri dönütler iş görenlerin iş tatminlerini artırır.
- Değerlendirme sonuçları iş görenlerin ücretlerinin belirlenmesinde doğrudan etkindir. Çalışanların örgüte katkılarının artması belirlenen maaş politikası ile ücretlerine yansiyarak çalışan performansını olumlu yönde etkileyecek motivasyon kaynağı olacaktır. (Kaynak, Adal, Ataay, Uyargil, Sadullah, Acar, Özçelik, Dünder ve Uluhan,2000,s.208-209).
- Çalışanın eğitim ihtiyaçlarının belirlenerek eksik yönlerini giderir
- Çalışanların terfilerine yönelik kararlarında objektif verilerin temel alınması ve iş gören ve iş gören arasında güven bağı kurulmasını sağlar.
- İş görenin cezalandırılması ve ya ödüllendirilmesine ilişkin kararları nesnel ölçütlere dayandırır.
- İş görenler her zaman kendilerine verilen görevleri belirlenen düzeyde gerçekleştirip başka görevlerde neleri başarabileceklerini bilmek isterler. Bu performans değerlendirme ile olur(Aydoğan ve Akgemci,2016,s.39-48).

Değerlendirme sonuçları, iş görenlerin eksik olan yanlarını verilen geri dönütler ile görmelerini ve telafisi için gerekli eylemleri gerçekleştirmelerine imkân sağlar. Böylelikle gerçekçi veriler ışığında hazırlanan eğitim planları ile iş görenin performansı verimli hale getirilir(Tunçer,2013,s.95).

2.2.3.3. Organizasyon Açısından Yararı

İşletmelerin belirledikleri hedeflerine ne ölçüde yaklaştığını ya da hedeften sapmaları tespit etmesi ardından ilerleyecekleri yola ilişkin stratejik planlar yapmalarına yardımcı olur. Gerekli işlerin tespit edilmesi, doğru personele doğru işin ve görev tanımının yapılması faaliyetlerinde, değerlendirme verilerinin kullanılması çıktıları verimli kılacaktır. Belli aralıklarla bu verilere yönelik düzenlenen toplantılar verimlilik ve kalitenin kurum içerisinde ne şekilde algılandığını ortaya koyar(Güçlü Yılmaz,2021).

Sarıaltın(2017) yapmış olduğu araştırmasında şöyle söylemektedir: Verimlilik artırma hedeflerini ve bireysel performans değerlemesini kapsayan etkin bir performans yönetimi sistemi sürdürülebilir verimliliği pozitif yönde etkilemektedir.

2.2.4. Personel değerlemenin kullanım alanları

Performans değerlendirme sonucu elde edilen veriler, iş görenleri motive etme ve onlara uygun sorumlulukların yüklenilmesinde, iş gören ve işletmenin ortak faydasını gözetmede ve ödüllendirme sistemleri ile amaca ulaşma yolunda ki çabanın artırılması gibi birçok yaklaşımda kullanılır.

2.2.4.1. Maaş ve Ücret Yönetimi

Performansın yükselmesi ile doğru orantılı olarak ödöl sistemlerinin geliştirilmesi, işletme içindeki çalışanların amaca ulaşmadaki isteklilik hallerini artırır. Bunu sağlamanın en güzel yollarından birisi de özellikle ücret politikalarının değerlendirme verileri ışığında uygulanmasıdır. Burada işletme yöneticileri çalışanlarının hem geçmiş dönemlerde sergiledikleri performans puanları hem de ileriye yönelik gösterebilecekleri potansiyel performansı göz önünde bulundurarak prim ve maaş artış oranlarını belirlerler. Bu uygulamanın başarı sağlması için de sadece maaş ve primlerin artmasının yanında performans artışını destekleyici diğer unsurların da oluşturulması gerekir(Yılmaz ve Ünsar,2007,s.35-57).

2.2.4.2. Stratejik Planlama

Tüm işletmelerin kuruluş amaçları ve belirledikleri misyonlarına ulaşma, pazarda etkili olma hususunda üst yöneticilerin önderliğinde oluşturdukları stratejik

planları vardır. Bu planlar işletmeyi yakın ve uzak amaçlarına ulaştıracak birer rehber niteliğindedir. Örneğin, bir sağlık kurumunun stratejik planı hasta memnuniyet oranını bir yılda yüzde elli oranında arttırmak ise işletme girdileri olan nitelikli hemşire ve doktor, kullanılan kaliteli sarf malzeme, fiziki koşullar gibi birçok unsurun planlanmasını gerektirir. Burada ki amaç hasta memnuniyet oranını arttırmak ise hastanenin tüm birimlerinden bu birimlerde görev alan bireylere kadar yapılması gerekli olan faaliyetler paylaşılır. İşletmenin genel amacı bireysel amaçlara dönüştürülerek sistemin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi sağlanır. Burada performans değerlendirme verilerinin iyi analizinin yapılması ile oluşturulan stratejik planlar, amaca ulaşmada ki başarı oranını arttıracaktır.

2.2.4.3. Personel Planlama

İşletmelerin hem nicelik hem de nitelik yönünden yeterli personeli bünyelerinde bulundurmaları ve bu personellerin değerlendirme verileri ışığında planlanması amaca ulaşmada başarıyı etkin kılar. Örneğin yaşadığı travma sonucu bebelere yönelik girişimlerde fenalaşan bir hemşireyi üst yöneticinin hastanenin çocuk kan alma biriminde görevlendirdiğinde çalışanın performansının düşük olmasını sağlamakla beraber sistemin bütününün performansını olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle yöneticilerin yönetsel kararların alınmasında değerlendirme verilerinden yola çıkarak birimlere en uygun nitelikteki çalışanların istihdamını sağlamaları işletmelerin geleceğinde hayati öneme sahiptir.

2.2.4.4. Kariyer Planlama ve Terfiler

İş görenlere yönelik kariyer planlamalarının yapılması işletme çıktılarını kaliteli kılar. Çalışanların tecrübe ve yeteneklerine göre ihtiyaç duydukları bilgilerin karşılanmasıyla kurum içindeki kariyer planlaması yapılmalıdır. Başarılı olma ve görevde yükselme ile iş görenin işletmeye olan bağlılığı artar. İşletmenin sağladığı

bu çalışma politikası nitelikli ve kalifiye iş gücünden uzun dönemler yararlanmasını sağlar(Albayrak,2007,s.6-7).

İş görenlerin terfi etmesi, gösterecekleri performansları ile doğrudan ilişkilidir. Çünkü her işletme başarılı olma yolunda kalifiye iş görenlerini kaybetmek istemez. Bundan dolayı işletmenin menfaati doğrultusunda iş görenlerinin beklentilerine cevap vererek onlarda işe yönelik doyum oluşturmak önemlidir. İş görenlerin ihtiyaçlarının belirlenerek, ilgi, bilgi ve tecrübelerine yönelik alanlarda yeni görevlerin tanımlanması kariyerlerinin planlanmasında değerlendirme verileri katkıda bulunur(Yılmaz ve Ünsar,2007,s.52).

2.2.4.5. Rotasyon ve İş Geliştirme

İşletmede çalışanın tek bir alan üzerine yoğunlaşmasının yerine birbirinden farklı birçok uzmanlık alanına ilişkin görevlerin sorumluluğunun da yüklenilmesini iş genişletme olarak tanımlanabilir. Yani burada tüm işler tek bir iş gören bünyesinde var olur. Bu durum çalışanın iş yaşamında sıradanlığı ortadan kaldırsa da tek bir alana yönelik uzmanlaşmanın getirdiği faydaları da azaltmaktadır. Bunun yanında iş görenleri birbirinden ayrı işler arasında dönüşümlü olarak görevlendirmek iş rotasyonudur. Örneğin, bir sağlık kuruluşta yeni mezun olmuş bir hemşirenin hastanenin çeşitli birimlerinde belli aralıklarla görev alması iş rotasyonu iken; kan alma biriminde görev alan hemşireye kan almanın yanında daha önce farklı çalışanların yaptığı işlerin sorumluluğunun da yüklenilmesi iş genişletmedir. İş görenlerin işlerinin derinleştiren eylemlerdir(Marangoz ve Biber,2007,s.204-205).

İşletmede uygulanan tüm işe dair düzenlemelerin temelinde çalışanın performansının yüksek tutulması vardır. Bundan dolayı performans değerlendirmeden elde edilen veriler, mevcut ve değiştirilmesi gereken iş genişletme ve rotasyonlar konusunda yol gösterir(Yılmaz ve Ünsar,2007,s.54).

2.2.4.6. Sözleşmelerin Yenilenmesi

İşletme içinde performansı düşük olan çalışanın eksik ve geliştirilmesi gereken yönleri tespit edilip belli bir zamanda desteklenmesine rağmen aynı performansı sergileyen iş görenin sözleşmesinin fesih edilmesi kararında, performansın düşük olması işletmeler için kabul edilir bir nedendir. Ancak bu kararı hukuki olarak ele alırsak bu geçerli bir sebep değildir(Akı ve Demirbilek,2010,s.80-95). Öncelikle çalışanın düşük performans sergilemesinde nelerin etkili olduğunun tespiti oldukça önemlidir. Bu faktörlerin tek tek tespit edilip sorunun önüne geçilmesi ve iş görenin işten çıkarılması değil onu kazanma anlayışına sahip olunmalıdır. Ancak performansı iyileştirme faaliyetlerinde bulunup kendisine bilgi verilmesine rağmen iyileştirmeye direnç gösteren iş görenlerde, gerekçesi ve uygulanan tüm düzeltici eylemler kişinin dosyasına kaydedilerek sözleşmeleri işletme tarafından fesih edilebilir.

2.2.5. Performans Değerleme Süreci

Performans değerlendirme uygulanması oldukça güç olan süreçtir. Öncelikle standartların tanımlanması ile başlayan süreç ardından uygun değerlendirme yönteminin belirlenerek sağlanan verilerin kullanılması ile son bulur(Öge,2017,s.318).

Örgüt içerisinde performans değerlendirme süreci ve bu sürecin yürütülmesi profesyonellik gerektirir. Kurumun yapısına, mevcut kültürüne uygun değerlendirme yönteminin belirlenmesi ve sürecin işletilmesi belirli bir sistematığı gerektirir.

Değerlendirme yöntemlerinden örgütün kültürüne uygun olanı, hangi çalışana, hangi zaman aralığında yapılacağı değerlendirmecilerin tespiti gibi aşamaların hepsinin tanımlanması gerekmektedir(Akçakanat,2009,s.15).

- **Değerlendirmeye Yönelik Kriterlerin Belirlenmesi**

İşletmeler öncelikle neyin ölçüleceği ve neleri başarı olarak tanımlayacaklarını belirlemeleri gerekir. Çünkü performans ölçümü belli kriterlerin varlığında gerçekleşir. Kriterler çalışanın performansını neye göre tanımladığını ortaya koyar. Bundan dolayı kriterlerin tespitinde, iş tanımlarından yararlanılmalıdır. Böylece kriterler örgütün stratejileri ve amaçları doğrultusunda olur. Kriterlerin belirlenmesinde o işten alınan verim kadar, o işe yönelik davranışların tespiti de önemlidir. Problemlerle baş etme yetenekleri, işe yönelik bilgi ve tecrübesi, etkili iletişim kurma kabiliyeti, takım içerisindeki uyumu, itinalı çalışma davranışı gibi performans kriterlerine karar verilir. Ve belirlenen kriterlerin her birinin standartları tanımlanır. Standartlar iş görenlerin sergileyecekleri performansın arzu edilen düzeyidir.

Kriterler;

- Tamamen iş odaklı olmalı, iş görenlerin kişisel yaşamlarına ve sübjektif veriler ışığındaki değerlendirmelere imkân tanımamalıdır.
- İş görenlere önceden bildirilmelidir.
- Müşterilerin iş görenlere dair yaklaşımları ve görüşleri hakkında bilgi sağlamalıdır.
- Kriterleri belirlemedeki asıl gayenin başarıyı görmek ve mükâfatlandırmak olduğu göz ardı edilmemelidir.
- İş görenlerin liderlik vasıfları ile yöneticilik kabiliyetlerini değerlendirmeye olanak tanımalıdır(Öge,2017,s.319).

Değerlendirmenin yapılabilmesi için kriterlerin tespit edilmesi, çalışanların başarılarının gerçekçi olarak tespitinde önemli bir husustur. Çünkü başarı önceden saptanan kriterlerle, çalışanların işe yönelik katkılarının kıyaslanması ile saptanır. Çalışan o iş ile ilgili standartlara ne derece yaklaştıysa o derece başarılı kabul edilir.

Kriterlerin tespitinde şu noktalar dikkate alınmalıdır;

- Kriterler yapılacak işin özellikleri doğrultusunda belirlenmelidir. Bir işletmede üst düzey yönetici ile departmanda çalışan iş görenin sorumlulukları birbirinden farklıdır. Bundan dolayı farklı kriterler oluşturulmalıdır.
- Kriterler basit ve kolayca anlaşılabilirmeli, anlam karmaşasına yol açmamalıdır(Sabuncuoğlu,2000,s.162-163).

• Standartların Tanımlanması

Performans standartları yöneticiler ve iş görenlere şu bilgileri sunar. Öncelikle örgüt içindeki tüm çalışanların sorumluluğundaki görevleri açıkça tanımlar. Ve ardından nasıl bir yol izlemeleri gerektiği konusunda bilgilendirir.

Standartlar verilen görevlerin hem nicelik hem de nitelik yönünü barındırır. Standartlar belirlenmeden güvenilir bir performans değerlendirmenin yapılması söz konusu olamaz. Öncelikle temel standartların belirlenmesinde iş analiz sonuçları ve görevler tanımlanır, ardından değerlendirmeye yönelik standartlar tanımlanır. Başarılı olarak tanımlanan standartlar şu maddeleri içermelidir;

- Örgüt içinde ki tüm iş görenler kendilerine yönelik beklentileri açıkça bilirler. Standartlar sayısal olarak belirlenmişse bu aşamada performans ölçümü basit olacaktır. Ancak bazen standartların nitel olarak belirlenmesi daha uygundur. Bu durumda ölçümde, işlerin zamanında yapılması, iş görenlerin amaca yönelik katkıları gibi standartlar kullanılır.
- Belirlenen standartlar gerçekçidir. Yani ulaşılması hayal olan, gerçek dışı standartlar iş görenlerin motivasyonlarını ve buna yönelik çabalarını olumsuz yönde etkiler(Akçakanat,2009,s.16).
- Her bir kritere özgü olarak belirlenen standartlar örgütteki herkes tarafından doğru algılanması için açık şekilde tanımlanmalıdır.

- Performans standartlarının geçerli ve güvenilir olması açısından önemli bir özelliği ise ölçülebilir nitelikte olmalarıdır. Daha çok nicel olarak tanımlanarak nitel verilerle de destekleniyor olması standartların anlamlarını güçlü kılacaktır. Misal olarak; Bir hastanenin kan alma birimindeki hemşirenin kalite hizmeti sunması nitel standartlar olarak tanımlanırken, kaç tane hastadan doğru şekilde kan aldığı ve hasta başına harcanan zaman nicel olarak tanımlanır.
- Standartlar örgütün şuan ki durumunu gerçekçi olarak göstermelidir.
- Standartlar amaca hizmet etmeli ve kullanıcıların gereksinimlerini karşılayabilir nitelikte olmalıdır
- Aynı anlamı taşıyan birçok standartın kullanılması kargaşaya neden olur. Standartlar birbiri ile uyumlu, destekler nitelikte olmalıdır.

• **Değerlendirme Yönteminin Belirlenmesi**

Alan yazını taradığımızda karşımıza birçok değerlendirme yöntemleri çıkar. İşletmeler yapılarına, atmosferine, var oluş amacına, çalışanların özelliklerine, hedeflerine yönelik bir ya da birden fazla yöntemi, başarılı olmak için tercih edebilirler.

• **Değerlendirmecilerin Belirlenmesi**

Performans değerlendirmesinin kimlerin uygulayacağını belirlenmesi değerlendirmenin güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bundan dolayı değerlendirmecinin belirlenmesinde bazı noktalara dikkat edilmelidir;

- Öncelikle örgüt içinde kişiler arası ilişkilerinin iyi olması
- Değerlendirme hatalarına eğilimi olmamalı ve çalışanın başarısını gerçekçi ve güvenilir verilere dayandırması
- Çalışanların, çalışma davranışlarını iyi bilmeli, örgüte hâkim olmasıdır(Akçakanat,2009,s.18).

- **Değerlendirme Hangi Periyotlarda Tekrarlanacak?**

Performans değerlendirme, çoğunlukla yılda bir veya iki defa uygulanmaktadır. Günümüz büyük işletmelerini yönetenler için bir dakika bile çok değerlidir. Bundan dolayı değerlendirme zamanları çok iyi ve etkili olacak şekilde tayin edilmelidir(Sabuncuoğlu,2000,s.165). Alan yazınları taradığımızda tecrübeli çalışanlar için yılda bir kez, tecrübesi olmayan çalışanlar için en az altı ayda bir değerlendirme çalışmalarının olduğunu görmekteyiz. Değerlendirme aralıklarını genellikle üst yönetim belirler. Yalnız bu sadece değerlendirme zamanlarında amirin çalışanlarından haberdar olacağı anlamına gelmemelidir. Bir yönetici her daim çalışanın ihtiyaçlarını bilmelidir.

Üst yönetimin performans değerlemeyi nasıl algıladığı çok önemlidir. Eğer örgüt bunu sadece yasanın dayattığı zorunluluk olarak görüyorsa sadece yasanın belirlediği zaman dilimlerinde uygular. Ya da üst yönetim başarıya giden yolda bir gereklilik olarak görüyorsa daha verimli ve etkili olacak zaman aralığında uygular. Aslında burada ki husus amaca yaklaştıracak en münasip zamanın belirlenmesidir(Altan,2005,s.27).

- **Amir Ve İş Görenlerin Bilgilendirilmesi**

Değerlendirmecinin değerlendirmeye yönelik teknik bilgiler ile donatılması çok önemlidir. Uygulanacak değerlendirme yönteminin kriterleri, standartları açıkça anlatılmalı, çalışmada uygulanılacak değerlendirme formlarına yönelik eğitim verilmelidir. Değerlendirilecek olan çalışanlarla etkili iletişim kurmanın önemine dikkat çekilmelidir(Akçakanat,2009,s.20). Bu hassas bir çalışmadır. Çünkü değerlendiriciler çalışanları uygun şekilde bilgilendirmezse sistem onların motivasyonlarını düşürür ve çalışanlarda sisteme yönelik olumsuz bir direnç oluşturur. Bundan dolayı başarılı değerlendirmenin ön koşulu bilgi aktarımının doğru bir şekilde yapılması ve bu hususta çalışanlarla iş birliği oluşturmaktır (Sabuncuoğlu,2000,s.166). Örgüt içerisindeki tüm kademelerdeki yöneticilerin bir araya gelerek belli aralıklarla düzenlediği toplantılar ile doğru iletişim ve bilgi

aktarımı sağlanır. Güdülen amaçlar saptanarak sistemin başarısına katkıda bulunulur(Burunçgil,2002,s.187).

2.2.5.1. Değerleme Modelleri

2.2.5.1.1. Yöneticilerce Değerleme

İşletmede çalışanların üstlendikleri sorumlulukları yerine getirme düzeylerini, çalışma prensiplerini, mevcut ve potansiyel gelişimlerini en yakından gözlemleyen ilk adımdaki amirleridir. Aynı zamanda varılmak istenilen noktada hangi çalışanın katkılarının daha fazla olduğunun tespiti ve desteklenmesi gereken yönlerinin belirlenmesi hususunda söz sahibidir. Bu değerlendirme modelinde ilk amirin çalışanıyla işe yönelik sürekli iletişim ve etkileşim halinde bulunması yaşanan kritik olaylara yönelik çalışanın sergileyeceği davranışı tecrübe etmesi ve öngörmesi değerlendirmeyi güvenilir kılmaktadır. Bundan dolayı işletmelerin çoğu çalışanlarına yönelik bilgi akışını ilk adımdaki amirlerinden sağlamaktadır. Lakin burada bu yakın ilişkiler değerlemenin güvenilir ve geçerliliğine yönelik olumsuz durumlar oluşturabilir. Örneğin:

- Amirin çalışanı ile yaşadığı olumsuzluklar çalışanın başarılı olmasına rağmen yönetsel kararların profesyonellikten uzak subjektif kılabilir.
- Kurulan yakın ilişkiler olumsuz geri dönütlerin çalışana iletilmesine engel olabilir.
- İlk ceza yaptırımında ilk adımdaki amirin kararlarına yönelik çalışanlar direnç geliştirebilir.

Bu durumlara maruz kalmamak için değerlendirmede ilk adım amirin yanında üst amirlerinde katılımı sağlanmalıdır. Birden fazla yöneticinin değerlemeye katılımı ile değerlemenin sonuçlandırılması daha sağlıklı olacaktır(Kurt,2007,s.17).

2.2.5.1.2. Öz Değerleme

Çalışanın kendi çalışma davranışını, sorumluluklarını yerine getirme düzeyini, hedefe yönelik çabalarını kendi bakış açısı ile kendisinin değerlendirmesidir. İşletmenin başarısına yönelik bireysel katkılarını tartan çalışanın böylelikle örgütsel süreçlere dâhil olması işe yönelik gayretini arttırmaktadır. Alan yazınlarını taradığımızda öz değerlendirmeye dair birçok çalışma karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmaların birçoğu çalışanların kendilerine iyimser ve pozitif bir yaklaşımda bulunarak değerlendirmeyi puanlandırıdıkları görülmektedir. Puanlandırmada gösterilen ile asıl sergilenen performansın birbiri ile örtüşmemesi çalışanı ve uzun dönemli olarak işletmeyi başarısız kılacaktır(Kubat,2012,s.57).

2.2.5.1.3. Takım Arkadaşları ve Grup Tarafından Yapılan Değerleme

Bir arada görev alan iş görenler birbirlerinin çalışma davranışları hakkında daha anlamlı veriler verebileceğinden hareketle takım arkadaşlarının performanslarını değerlendirirler. Ancak bu değerlendirme metodunda ki önemli problemlerden biri rekabete dayalı ödüllendirmelerin değerlendirme verilerine yönelik yapılması durumunda iş görenleri sübjektif ve taraflı kararlar almasıdır. Bu nedenle çekişmenin olmadığı, profesyonel düşüncenin hâkim olduğu ortamlarda kullanılması verileri sağlıklı kılacaktır. Örneğin birlikte görev alan hekimlerin ve akademisyenlerin arasında oldukça uygulanan yöntemidir(Altan,2005,s.29).

Grup değerlemesi: Çalışanların birim sorumluları ve onlara eşlik eden idari kadronun katılımı ile değerlendirmeye tabi tutulmalarıdır. Ulaşılan verileri değerlendiren üyeler konuyu ayrıntıları ile muhakeme ettikten sonra bir sonuca varırlar. Burada gruba mensup olan kişilerin arasında oluşabilecek problemler değerlendirmenin hatalı sonuçlanmasına olanak tanır(Yılmaz ve Ünsar,2007,s.48).

2.2.5.1.4. Astlarca Değerleme

İşletmenin yönetici kadrosu tarafından genellikle tercih edilmeyen ve uygulanmayan değerlendirme modelidir. Çünkü hiçbir yönetici çalışanı tarafından sergilediği işin kalitesinin sorgulanmasını istemez. Bu durum çalışanlar üzerindeki hâkimiyetini zedeleyebilir. Bu modelde değerlendirmeye dair kriter ve standartların tanımlanarak iş görenlerin bilgilendirilmesi verilerin geçerli ve güvenilirliğini sağlar. Aksi halde iş gören isteklerinin yerine getirilme düzeyi gibi örgütsel amaçlarla örtüşmeyen uygunsuz veriler sunar. Bu modelde değerlendirenin isminin gizli tutulması görüşlerini özgürce ifade etmesini sağlar(Kurt,2007,s.19).

2.2.5.1.5. Müşteriler Tarafından Değerleme

Müşterilerin vermiş olduğu geri beslemeler örgüt çalışanlarının performanslarına yönelik dikkate alınması gereken önemli verilerdir. Müşterilerle kurulacak uzun soluklu ilişkiler işletmenin pazarda sürdürebilir olmasında önemli bir unsurdur. Çalışanların performanslarına yönelik müşteri görüşlerini dikkate alıp dolaylı olarak örgütsel faaliyetler içinde yer almalarını sağlamak onların kuruma bağlılığını ve güvenini arttırmaktadır. İşletmeler müşterilerinin önerilerini, iş genişletme ve iş daraltma faaliyetlerine yönelik önemli bir girdi olarak kullanabilirler(Ünal,2019,s.57).

2.2.5.1.6. Bilgisayarlı Değerleme

İlerleyen teknolojinin sunduğu imkânlardan yararlanan işletmeler iş görenlerin performanslarını değerlemede bilgisayar programlarından yararlanırlar. İş görenlerin sorumluluklarını yerine getirebilme düzeyleri konusunda devamlı olarak veri aktarımında bulunan bu programlarda, verilerin açıkça ulaşılabilir olması önceleri tepki çekmiş sonrasında yeni yazılımlarla desteklenerek yalnızca ilgili tarafların iletişimine açık hale gelmiştir. Bu değerlendirme yönteminin başarılı olması için

teknolojinin profesyonel yöneticilerce bir araç olarak kullanılması daha faydalı olacaktır(Dinç,2005,s.29).

2.2.5.1.7. 360 Derece Değerleme

Geri besleme aslında hayatımızın içinde olan kavramdır. Günlük yaşantımızda olaylar karşısında gösterdiğimiz davranışlarımızı gözlemleyen bireylerin, bize yönelik düşüncelerini aktarmasıdır. Aslında işletmeler için çalışanların gelişiminde geri dönütlerin yeri oldukça önemlidir. Bazen kişiler kendi performanslarını olduğundan daha iyi olarak yorumlayabilir. Bu aşamada realiteye sırtını dönmüş olan iş görenin performansı, beklenilenin altında olur. Bazı durumlar da çalışan kendi performansını olduğundan daha az algılar, kendi gücünün farkında olmayan çalışanın motivasyonu düşerek performansına olumsuz yansır. Birden fazla kaynaktan geri dönütün olması performansın gerçekçi ve güvenilir olarak değerlendirilmesinde hata oranını azaltır.

Çalışan birimindeki iş arkadaşları, ilk basamak amiri, üst yöneticileri, çıktılarını sunduğu müşterilerin gözünden kendilerini görme ve düşünme fırsatı yakalar. Çalışanın kendi performansını algılayışı ile çevresindekilerin aktarımları birbirini tamamlar nitelikte olmadığı zaman o çalışanda farkındalık oluşur. Bu farkındalık çalışanın başarılı olmasında performansının arttırmasına yönelik davranış değişikliği sağlar(Doğan,2004,s.46-48).

Çoklu geri besleme ile değerlendirmede çalışanın pozisyonu düşünülerek kriterlerin tanımlanması gerekmektedir. Örneğin çalışanın amirine geri dönütte bulunmasında deneyim, bilgi, olaylar karşısındaki duruşu kriter olarak tanımlanırken; amirin çalışanın değerlemesindeki kriter genellikle çalışma davranışı, uyumu yönünde olmaktadır(Akdoğan ve Demirtaş,2009,s.52-55).

3. PERFORMANSA DAYALI HEMŞİRELİK HİZMETLERİ VE ÖDEME SİSTEMLERİ

3.1 Sağlık Sektöründe Hemşireler Eksenli İnsan Kaynakları

Ödenen maaş ve sunulan hizmet ile yönetilen personel anlayışı 1980'lerden sonra yerini insan kaynaklarının etkili yönetimine bırakmıştır. Hastanelerdeki insan kaynaklarına baktığımızda bu kavram başhekimden temizlik personeline kadar tüm basamaklarda yer alanları kapsar. İşletmeleri başarıya götürecek olan beşeri kaynaklarıdır. Ancak bu kaynaklardan verimli olarak yararlanabilirse o kurum başarıyı yakalar. Burada insan kaynaklarının doğru, güvenilir ve geçerliliği yüksek olan bilimsel yöntemlerin sunmuş olduğu veriler ışığında değerlendirilmesi önemlidir. Beşeri kaynakların yönetimi sistematik bir süreçtir. Hedeflere ulaşmaya yönelik yapılması gereken işlerin analizi ve bu işlere yönelik donanımı olan çalışanların değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu aşama da atlanmaması gereken husus çalışanların donanımları kadar çalışma ortamı ve fiziki koşullarında sağlanmasıdır(Sünter,2019,s.151-153).

Toplumumuzda her şeyin başı sağlık anlayışı vardır. Toplumu oluşturan bireylerin sağlamlık durumu arttıkça ülkede refah ve düzen oluşur. İnsanların sağlığına dair hedeflerin gerçekleştirilmesi, sağlık kurumlarında yeterli sayı ve donanımda insan kaynağının var olması ve etkin olarak planlanması ile gerçekleşir. Bölgelerin ihtiyaçlarının bilimsel yöntemler ışığında değerlendirilmesi ve sağlık çalışanlarına yönelik dağılımının bu veriler ışığında gerçekleşmesi çok önemlidir. Ne kadar nitelikli ve donanımlı sağlık çalışanı olursa olsun, eğer doğru bir planlama ve yerleştirme stratejileri gerçekleştirilmediyse kişiler temel hakları olan sağlık hakkında mahrum kalırlar.

Ülkemizde var olan ve olası sağlık sorunlarına etkili çözümü, sağlık alanındaki insan kaynaklarının doğru zamanda, doğru yerde, doğru kişilerin istihdamı ile sağlanır. Burada iş gücü kavramından söz etmek faydalı olacaktır. Çalışma hayatında aktif olarak yer alan ve üretime katkısı olan grup olarak tanımlayabiliriz. İnsan kaynaklarının yönetimi, hedefe götürecek yapılması gereken işlerin analizinin gerçekleşmesi ve orantılı olarak gereken insan gücünün planlanması

faaliyetlerinin tümüdür. Bireylerin her birine hakkaniyeti gözeterek sağlık hizmetinin verilmesi, gereksinimler ışığında ilgili birimlere yerleştirilmesi, yeni birimlere başlayanlara uyumun sağlanması, işin gerekliliklerine uygun donanımın sağlanması ve yeniliklere yönelik sürekli bilgi akışının sağlanması bütünüyle insan kaynakları yönetiminin idaresindedir(Özkan ve Uydacı,2019,s.29-32).

Hastaların hastane kurumlarında memnun ayrılması için ekibin birikimi tecrübesi hastaya ilgisi kadar fiziki koşullar kullanılan tüm malzemelerin kalitesi belirlemektedir. Şu şekilde açıklayabiliriz; bir hemşire hastanın tedavisinde damar yolu açarken kullanılan intraket eğer kaliteli değil ve iğnesinin ucu keskin değilse hastanın canının daha çok acımasına veya hastaya zarar verebilir. Burada hemşirenin niteliği değil malzemenin kalitesiz oluşu memnuniyetsizlik yaratır. Sağlık kurumlarında gelişebilecek hataların sonunun insan sağlığını tehlikeye sokması özellikle diğer kurumlardan daha çok insan kaynakları yönetimine önem verilmesinin nedenlerindedir(Kaya ve Akgün,1992).

3.1.1. İş Gören Bulma ve Seçme

Açık pozisyona adaylar içerisinde en uygun olanı seçme işlemi olarak adlandırabiliriz. Bu kararı verme yetkisi pozisyona göre değişmektedir. Örneğin, hastanenin poliklinik alanındaki birimlerin ihtiyacı doğrultusunda, hemşire yönlendirme kararı birim sorumlusu tarafından verilirken atamalarda hastaneye kabul edilen hemşirelerin hangi alanda istihdam edileceği kararı, sağlık bakım hizmetleri müdürü tarafından verilir. Çoğu kurumlarda yapılan işlerin nitelik değeri arttıkça o pozisyon için karar vericilerde hiyerarşik düzen içindeki amirler olmaktadır. İş görenlerin istihdamında önemli olan ve atlanmaması gereken bir husus da istihdam edilecek alanın birim sorumlusunun da alınacak kararda söz sahibi olmasıdır. Çünkü işin inceliklerini ve niteliklerine sorumlu daha hâkim olduğundan, uygun kararların alınması daha isabetli olacaktır(Acar,2010,s.136-138).

Bugün özel ya da kamu işletmelerin başarısını belirleyen önemli unsurlardan biri işini doğru yapan insan kaynakları bölümünün olmasıdır. Örneğin sağlık

kurumlarında birçok birim vardır. Her birimin işleyiş prosedürleri ve iş kapasiteleri yoğunlukları ve çalışanlarda olması gereken donanımlar farklıdır. Bir yoğun bakım hemşiresinin yakın hasta takip, hasta bakımı konularında bir poliklinik hemşiresine göre çok daha fazla dikkatli olması gerekir. Çünkü yoğun bakım hastalarına uygulanan ilaçla ile ayaktan tedavi hastalarına gününbirlik alanlarında uygulanan ilaçlar birbirinden farklıdır. Bundan dolayı tüm birimlerde bulunması gereken asistan, uzman doktordan hemşire ve yardımcı personelin nicelik ve nitelik yönünden belirlenmesi titizlikle seçilmesi insan kaynaklarının sorumluluğundadır.(Engiz,1998).

Çalışanların işe yönelik isteklilik hallerini arttırıcı bir unsurda diğer çalışanlardan çalışma prensibi ve performansı olarak başarı kazanmış çeşitli sorunlara dair çözüm önerileri olan ve işi sahiplenen kişilerin bilimsel yöntemlerle belirlenerek daha stratejik pozisyonlarda yer almalarını sağlamaktır. Başarı esaslı iş değişikliği diğer çalışanları da motive eder(Hayran ve Sur,1998).

3.1.2 Eğitim ve Geliştirme

Kurumda pozisyon açığı olan birimlere yönelik işin kapasitesi doğrultusunda ilgili personelin seçilmesi ve yerleştirilmesi işlemi, aslında iş gücü kapsamında bir başlangıçtır. Çünkü görevlendirmesi yeni yapılan çalışanın birime dair uyum sürecinden geçirilmesi, mevcut ve potansiyel güçlerinin ortaya çıkarılması, eksik olan yönlerinin eğitim programları ile giderilmesi ve geliştirilmesi oldukça önemlidir.

Çalışanların başarıma güçlerini ve kabiliyetleri verilen iş doğrultusunda ilerletilmesi başarıyı kaçınılmaz yapmaktadır. Eğitimle kişilerin becerileri geliştirilerek işe yönelik doğru yolların tercih edilmesi ile zamandan ve maliyetten kazanım sağlanır. İşe yönelik becerileri gelişen personel tecrübe kazanır ve önüne çıkan engellere kolayca çözüm getirebilir. Özellikle birçok meslek grubunun birlikte koordineli bir şekilde hizmet çıktısı ürettiği sağlık kurumlarında, tıbbın gelişimi ve teknolojinin tanı ve tedavideki yerini göz önüne aldığımızda eğitimin sağlık hizmetlerindeki önemi doğrudan insan sağlığını etkilemektedir.

Bundan dolayı özellikle dönüşüm programı ile birlikte sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı kurum içi eğitim faaliyetleri ile doğru bilginin güncellenmesi hizmet üretiminin ve etkili çıktının kazanılmasını hedeflemektedir(Yalçın ve Yıldırım,1999).

Sağlık kurumlarında hemşirelerin en önemli görevlerinden biri de eğitici rolleridir. Kişinin sağlığının devamlılığının sağlanması daha iyi bir sağlık düzeyine taşınmasına dair hasta ile yakınlarının bilgilendirilmesinden meslektaşlarının hizmet sunumundan birimler arası uyum eğitimlerinin hepsi sağlık kurumlarından verilir(Sözen ve Özdevecioğlu,2002).

3.1.3. Ücret Yönetimi

Çalışanlara sarf ettikleri performansa ve sundukları hizmete yönelik ödenen ücretler, onların hayat standartlarını belirlemesi ve motivasyon kaynağı olması yönünden insan kaynakları yönetiminin önemli bir bileşenidir. Özellikle küresel dünya da çoğu şirket izledikleri ücret politikaları ile piyasada sürdürebilir olmuştur. Bununla birlikte, kurum içerisinde adil ve hakkaniyetli bir atmosferin oluşturulması nitelikli iş gücünü ortaya çıkarır.

Literatürde kök olarak adlandırılan ücret, iş görenlerin belirlenmiş olan mesai saatleri içerisinde nitelikli hizmeti üretmelerinin karşılığı olarak verilen ödeme biçimidir. Ancak bu sistemde sadece beklenen işi gerçekleştirmeleri ödemenin yapılması için yeterlidir. İş görenlerin performanslarının ne yönde ilerlediği göz önüne alınmaz. Ancak günümüzde uygulanmakta olan performans odaklı ödeme biçiminde iş görenleri bireysel olarak değerlendirerek nitelik yönünden farklılıklar dikkate alınır ve eksik yönlerin giderilmesi ve gelişimine önem verilir(Öztürk,2010,s.5-8).

Sağlık kurumlarında yapılan işin değerlendirilmesinde sistematik bir yol izlenir. İşin gereklilikleri, yoğunluğu, sarf edilen çaba gibi kıstasların dökümünün yapılması ve bu verilerin, kurumun ücret politikasında kullanılması ücret dağılımını adil kılar. Ücret ödemeleri yapılırken değerlendirme ölçütlerinde aynı puanı alan iş

görenler arasında ücret uyuşumunun olması sağlıklı iş ortamının sağlanmasında önemli bir faktördür. Ücret yönetimini sadece iş görenlere ödenen paraların idaresi olarak tanımlamak doğru olmaz. Çünkü hem kamuda hem de özel sektörde çalışanların özlük hakları olan idari, doğum öncesi, doğum sonrası izin ve rapor sonrası yapılan yan ödemelerin belirlenmesi de ücret yönetimi kapsamındadır(Can,T.Doğan ve Y.Doğan,1996).

Bir iş yerinde çalışanların iş prensipleri ve başarıdaki katkıları dikkate alınmayarak yapılan ödemenin standartlaştırılması özellikle gayret sarf eden iş görenlerde yılgınlık ve işten ayrılmalara neden olabilir. Bu yüzden piyasada tutunmak isteyen işletmeler ücret yönetiminden kaynaklanan aksaklıklara yönelik, danışmanlık hizmeti almaktadır. Çünkü bir işletmeyi başarılı kılan o işletme içerisinde yer almakta bulunan nitelikli yani kalifiye elemandır. Bundan dolayı yetişmiş ve donanımlı, şirketi başarıya götürecek çalışanı uzun yıllar bünyesinde bulundurmak isteyen işletmeler, ücret politikalarını profesyonelce bir yaklaşım içerisinde hazırlarlar(Açıklan,1996,s.11).

3.2 Hemşire ve Hemşirelik Kavramı

Hemşirelik, bilime katkı sağlamakla birlikte sanatsal yönden insanlara hizmet sunan bir meslek grubudur. Hemşire olmak belli niteliklere sahip olmayı gerektirir. Mesleğin teknik yönünün bilimden beslenmesi, hizmetin kaliteli sürdürülmesinin temelini oluşturur. Bu mesleğin sanatsal yönüdür. Hemşirelik mesleğinin öncülerinden Virginia Henderson 19 yüzyılda, kişilerin sağlıklı ve bağımsız olmalarını sağlayan en önemli kuvvetin hemşireler olduğunu savunmuştur. Henderson aynı zamanda hemşirelerin en önemli fonksiyonunu: insanları sağlıklılık hallerini en üst düzeye çıkarma, sağlıkları bozulduğunda ya da hayatlarının son anlarında onlarda huzuru sağlamak olarak ifade etmiştir.

Geleneksel bir yaklaşımda hemşirelerin yalnızca doktorun öngördüğü tedaviyi uygulaması ve söz hakkı tanımayan tamamen bağımlı bir sistem içerisindeki hemşirelik anlayışı bugünlerde mazi olmuştur. Özellikle 1960'lardan itibaren bu

anlayış bilim insanlarının katkıları ile yıkılmaya başlamıştır. Önceleri daha çok bakım rolü ön planda tutulan hemşirelerin günümüzde profesyonelleşmelerin artması çalışma alanlarına yönelik uzmanlıkların verilmesinin ardından sorumluluk alanları ve rolleri genişletilmiştir. Örneğin yoğun bakım, acil servis, cerrahi ve yönetim alanlarında akademik olarak çalışmalar yapan hemşirelerin branşlaşması üstlendikleri rolleri de arttırmıştır. Uygulayıcı roldeki klinik hemşireleri fiziksel, sosyal ve psikolojik anlamda hastaları bir bütün olarak değerlendirip terapötik anlayışla sağlık hizmeti sunarlar(Ünsal,2017,s.23-25).

Her geçen gün hızlı bir şekilde hayatımıza giren teknolojik ürünler artık toplumların ihtiyaçları ve vazgeçilmezleri arasında yer almıştır. Örneğin bugünlerde acil servislerine başvuran hastaların bir kısmı mobilet adı verilen teknolojik cihazın kullanımı sırasında gerçekleşmiştir. Teknolojinin hayatımıza getirdikleri toplumun gereksinimlerini değiştirerek sağlık sistemini etkilemiştir. Sistem yaşanan değişimlere ayak uydurmak durumunda kalmıştır. Teknolojik cihazların sağlık sektörüne girmesi ve toplumun beklentilerinin çağa yönelik değişimi, hemşirelik mesleğinin sürekli yenilenmesini zorunlu kılmıştır(Kara, 2005).Yakın geçmişteki bilimsel çalışmalar hemşireleri, sağlık hizmet sunumundaki aksaklıkların çözümünde kilit çalışan şeklinde görülmektedir.(Tanrıverdi ve Ekinci,2007).

Tarihi kaynaklar incelendiğinde hemşireliğin üstlendiği bakım rolünün izleri ilk çağlara kadar uzanır. Hemşirelik tarihinin kilit rolü bakımdır ve toplumun süzgeci ve inanışları yaşantısı ile iç içe geçirilmiş bir meslektir. Örneğin çok dinli toplumlarda, dini inanışların toplumun yaşantısını yönlendirmesi ile hemşireler din adamlarına bağlı onların hâkimiyetinde tedavi edici hizmetlerde yardımcı olarak görev alıyordu. Sadece bakım rolünü üstlenmişlerdi. Hastalıkların önlenmesi için toplumun bilinçlendirilmesi gibi görevleri ancak Hristiyanlığın etkilerinin görülmesi ile üstlenmişlerdir. Çünkü insanlara yardım etme inançlarının gerektirdiği bir görevdi(Ünsal,2017,s.25). Bakım verici ve hastalara yardımcı olan rolü, kademe kademe profesyonelleşerek toplumun yaşantısı doğrultusunda şekillenmiştir(Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan,2000).

Hemşireler gerçek bilgiye ulaşma yollarını bilen, kendi mesleki gelişimleri için sürekli gerçek bilgiye ulaşarak nicelik yönünden donanım kazanan, bu teorik

bilgilerini hastanın öncelikli gereksinimlerini planlayan kişilerdir. Hemşireler hastaların gösterdikleri majör ve minör belirtiler doğrultusunda hemşirelik tanıları koyarlar ve bakım planı oluşturarak özerk şekilde bakım hizmetini yürütürler(Kara,2005).

3.3. Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri

Hastanede nitelikli sağlık hizmetinin sunulması için tüm birimlerinde hemşireler rol almaktadır. Poliklinik ve servis birimlerinde görev alan hemşirelerin işleyiş prosedürleri farklılık gösterse de temel olarak üstlendikleri roller aynıdır. Hastaların fizyolojik şikâyetlerine dair hekimin uygun gördüğü tedavide uygulayıcı rol üstlenirken aynı zamanda terapotik bir iletişimle hastaları ruhsal olarak rahatlamalarını sağlayarak güvenli bir atmosferin oluşturulması, hemşireler tarafından kurulur. Çünkü hastanenin hangi birimi olursa olsun bir hastanın en çok muhatap kabul ettiği meslek grubu hemşirelerdir. Hastalara ve yakınlarına dair eğitici bir rolü de üstlenen hemşireler uygulayacakları her girişimden önce hastadan onam alır ve açıklarlar. Bu kadar farklı alanlarda farklı işleyişlere sahip hastane kurumlarında hemşirelerin sağlıkta kaliteye dair başarısı sorumlu hemşirelere kontrol ve denetimde söz hakkı verilmesi ile sağlanır(Kahraman,2007).

Hastane birimlerinde sağlık hizmetinin sunumunda ortaya çıkan aksaklıklara yönelik her zaman hemşireler ön planda kalırlar. Hâlbuki hizmet sunumunun kalitesini belirleyen birçok unsur vardır. Sağlık hizmetinin sunumunda birden çok meslek gurubunun iş birliği içinde yürütür. Onların arasında kurulamayan iletişim hemşirelerin asıl görevlerini yapmalarına da engel olur. Örneğin bir hemşire doktorun görmediği ve uygulanması adına sisteme girmediği bir ilacı, acil durumlar hariç kendi kararı ile uygulayamaz. Burada bir iş bölümü vardır. Doktor ilacı sisteme girer ve ilacı hemşire uygular. Ancak bazı hekimler iş yoğunluğunu bildirerek yasaların uygun görmediği şekilde sisteme girilmeden hastaya uygulamasını söyleyebilir. Bu durumda hemşire uygulamaya da bekleyen hastayı sakinleştirmek ve uygulamama gerekçelerini anlatmak ve belki de fiziksel saldırı veya beyaz kod durumlarında hemşire kalmaktadır(Ünal ve Seren,2010).

Hastane içerisindeki hemşirelik hizmetleri sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bağlı olarak organize edilmiştir. Hemşirelik hizmetleri bölümünün işlevi, hekimlerin teşhis tedavi hizmetlerine yardımcı olmak üzere hasta bakımının yapılması, hastaların ve yakınlarının eğitilmesidir. Bu hizmetlerin hastane genelinde planlanması; organizasyonu ve denetimleri başhemşireye verilmiştir. Başhemşirenin doktora veya master derecesine sahip, en az 5 yıllık tecrübeye sahip olması öngörülmüştür(Kara,2005). Hemşirelerin, içinde bulunduğu yüzyılın sorunlarını çözümleyebilmeleri, hemşirelik problemleri ile başa çıkabilmeleri, daha karmaşık hasta bakım gereksinimlerini saptayabilmeleri ve sistemik bakım verebilmeleri için aldıkları eğitim doğrultusunda eleştirel düşünme güçlerini geliştirmeleri gerekmektedir(Uçan,Taşçı ve Ovayolu,2008). Bu açıdan hemşirelik eğitimi sağlık alanında kalitenin sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

3.4. Hemşirelik Eğitimi

Hemşirelerin sağlık ekibinin etkin bir üyesi olarak yetiştirilmesi, eğitim kurumlarının sorumluluğudur ve iyi bir eğitimin sonucunda gerçekleşir(Tanrıverdi ve Ekinci,2007). Hemşirelik ve ebelik eğitimcilerinin temel sorumluluğu, hemşireliğin bilim ve sanat yönünü bütünleştirerek, öğrencilerde profesyonel kimlik geliştirmektir. Öğrencilerin profesyonel kimlik geliştirmelerinde, öğretim elemanları ile etkileşimleri önemli yer tutar. Etkileşim, sınıf ortamında bakımın temelini oluşturan bilgilerin kazanılması ile başlar, edinilen bu bilgilerin klinik ortamda uygulamaya aktarılması ile devam eder. Hemşirelik bakımı vermenin kolay öğrenilmeyen bir olgu olduğu bilinmektedir(Yanikkerem,2006).

Hemşirelik eğitimi bildiğimiz gibi teorik ve uygulamalardan oluşan bir sağlık disiplini olmakla beraber, aynı zamanda değişime açık, gelişmekte ve gelişmesi zorunlu olan bir meslek dalıdır. Hemşire öğrencilere çağın gerektirdiği yenilikleri yakalayıp, uluslararası mesleki standartları yakalamaları için, teknoloji aracılığıyla geliştirmeleri, sosyal ve mesleki başarılarını arttırmada teknolojiyi kendi eğitim politikalarına uygun bir biçimde kullanabilmeyi başarmaları gerekmektedir(Akın ve Khorshid,2006).

Hemşirelik ve ebelik bölümünde okuyan öğrencilere eğitimcilerin iyi rol model olması, bilgi birikimini, holistik görüşünü yansıtması iyi bir eğitimcide aranan özelliktir. Çünkü ergenlik dönemindeki gençler, aile ortamından ayrılıp üniversite eğitimine başladıklarında çevresindeki bireylerin davranışlarını taklit ederek öğrenir ve dolaysız fakat uzun süreli ilişkisi ile ergenin dünyasında yer alan eğitimci özellikle özdeşim arayışı içinde olan gencin psikososyal olarak kendini yeniden düzenlemesinde rol modeldir(Yanikerem,2006).

3.5. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite

Kalite, kaynakların verimli kullanımını sağlayan, ürün ve hizmetlere kullanım uygunluğu kazandıran, müşteri gereksinimlerine uygun üretim ve hizmet anlayışını egemen kılan ve böylece işletmelerin kamusal sorumluluklarını da olumlu olarak gerçekleştirmelerine olanak sağlayan bir performans boyutudur(Orhan,2007). Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatı ile ilgili bir hizmet alanıdır. Birçok kamu hizmeti ile karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerine daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır(Aslantekin,Göktaş ve Erdem,2007).

Sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasını oluşturan hemşirelik hizmetleri alanında da kalite çalışmalarına olan gereksinim gün geçtikçe artmaktadır. Kalite çalışmalarının ilk basamağını oluşturan kalite güvencesi programı ve hemşirelik bakım standartlarının belirlenmesi ile başlayan süreç, verilen bakımın niteliğini değerlendiren bir süreçtir(Erkal,Akay,Kara ve Platin,2001).

Nitekim hizmetler soyut nitelikte olduğu için, hizmet kalitesi ele soyut bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamasının bir sonucu

olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Hizmet kalitesi yazınında “beklentiler” ise müşterilerin hizmete ilişkin istek ya da arzularını ifade etmektedir(Bulgan ve Gürdal,2005). Hemşire hastayı bir bütün olarak gördüğünde ve sağlık ekibinin bir üyesi gibi çalışmaya başladığında bilgi toplama süreci başlar. Hemşirenin diğer sağlık ekibi üyelerinin tedavi yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olması, kendi hemşirelik bakımını belirlemede, hastanın sağlığına kavuşmasında tüm ekibin hastaya etkili şekilde yardım etmesinde yararlıdır(Erkal ve diğer.,2001).

Sonuç olarak hemşirelik hizmetlerinde, istenilen verimliliğin elde edilmesi ve çağdaş ve etkin yöneticilik anlayışının yerleştirilmesi için, mevcut yönetim sorunlarının ortaya çıkarılması ve çözülmesi gerekmektedir(Uludoğan,2010).

3.6. Hastane İşletmelerinde Hemşirelerin Sorunları

Bir kişinin sağlamlık hali aile fertlerinin de hem fizyolojik hem de psikolojik olarak sağlıklarını etkiler. Ailelerin sağlık düzeylerinin artması da toplumun sağlığa yönelik refahını artırır. Bu silsilede sağlık çalışanlarının katkıları oldukça önemli olmasına karşın yapılan araştırmalar, stresin ve stresörlere yönelik yanıtların en çok sağlık kurumlarında verildiğini göstermektedir. Hemşireler görevlerini yerine getirirken bedensel ve psikolojik açıdan yıpratıcı olacak olaylarla karşı karşıya gelmektedirler. Bu durum işlerin olağan şekilde yürütülmesini engelleyerek çalışanda isteksizlik, kuruma olan güven ve bağlılığın ve iş doyumunun azalmasına neden olur.

İş görenlerin performanslarını doğrudan etkileyen işin yapılmasını güç hale getiren faktörleri iş gücü olarak tanımlarız. Araştırmalarda hemşirenin çalışma saatleri içinde işine yönelik sorumlusu tarafından sürekli denetim altında olması, çalışma arkadaşları ile çatışma halinde olması, yapılan işe dair gerekli tıbbi malzemenin temin edilmemesi, fiziki şartların işe yönelik uygunsuzluğu gibi unsurların hepsi iş gücü olarak tanımlanmıştır(Yüksel,2003, s.137).

Hizmet verilen kişilerin hasta ve çoğunlukla belli bir stres düzeyinde kuruma başvurmaları, işe yönelik yeterli donanım ve malzeme temininin yapılmaması, örgüt içinde çatışma ortamının olması, hemşirelerin birimlerde görevlendirilmesinde isteklilik ve tecrübelerinin göz ardı edilmesi gibi sayabileceğimiz birçok unsur, kaliteli hizmet sunumunun önünde duran birer engeldir.

3.6.1. Hemşire sayısının az olması

Hemşirelerin rol ve sorumluluklarına dair tüm koşulların iyileştirilmesi, istenilen sağlık çıktısının alınmasında oldukça etkilidir. Bu hususta bir hemşire bir birime yerleştirilirken birimin yoğunluğu, birimdeki çalışanların eğitim durumları, hemşire başına düşen akut ya da kronik hasta sayısı, hemşirenin birime yönelik isteklilik hali gibi sıralayabileceğimiz birçok ölçüt göz önüne alınarak yerleştirme yapılmalıdır. Sağlıkta uzun dönemler sadece sağlık hizmet alıcıları ile hizmeti verenlerin oranı düşünülerek kurumlardaki birimlere yerleştirmeler yapılmıştır. Bu uygulamayı ilk olarak yasalarla güvence altına alan ülke olarak ABD görmekteyiz. ABD iç hastalıkları ve cerrahi birimlerde bir hemşirenin beş hasta, yoğun bakım birimlerinde ise bir hemşirenin en fazla iki hastaya bakması hususunda düzenlemeler yapmıştır(Türkmen,2015,s.71).

Bu konuda Türkiye’de ilk yasal düzenlemenin 2007 yılında yapıldığını görmekteyiz. Ülkemizde erişkin yoğun bakım birimlerin eğer hasta ikinci seviye ise bir hemşire en fazla üç hastaya, üçüncü seviye hastalarına ise bir hemşire en fazla 2 hastaya sağlık hizmeti sunması kararlaştırılmıştır(Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulanma usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ,2020).

Hemşirelerin iş yükü, mesai saatleri içerisinde yapmakta sorumlu oldukları hizmetlerin tamamıdır. Özellikle salgın ve afet durumlarında tüm sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu artabilir. Bu durumlar tahmin edilemeyen iş yükü olarak tanımlanır.

Yapılan çalışmalarda bir hemşirenin en fazla dört hasta ile ilgilenmesi halinde hastaların hayatlarını tehlikeye sokan reaksiyonların azaldığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda yatak doluluk oranını %9 iken Bir hemşirenin yedi hastaya bakması durumunda yatak doluluk oranı %18 çıkmıştır(Göktaş,2007,s.32).

3.6.2. İş yükünün fazlalığı

Sağlık kuruluşlarında kaliteli ve etkili sağlık çıktısının alınmasındaki beşeri güç hemşirelere aittir. Hemşirelik bakımının hastaların iyileşme sürecini hızlandırdığı toplumsal açıdan da sağlık refahını arttırdığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu hususta başarı sağlamanın koşulu doğru hemşire yerleştirilmesinin yapılmasıdır. Yani görevlendirilen birimin iş yoğunluğu, bir hemşirenin mesai saatleri içerisinde kaç tane hastadan sorumlu olacağı ve bu hastaların bakım ve tedavi ihtiyacı gibi tüm faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Bu göz ardı edilirse tıbbi hatalardan iş doyumunun ve motivasyonunun azalması, örgüt atmosferinin birer stres olarak algılanması ve işten ayrılmalar, psikolojik ve fiziksel olarak sağlığının bozulması gibi sonuçlar doğurur.

Sadece ülkemize değil diğer ülkelerde de yaşanan ekonomik sıkıntılar sağlık sektöründe de verimin sağlanmasına yönelik çalışmaların yapılmasını sağlamıştır. Bu hususta kaliteli sağlık çıktısının alınmasında doğru bilgi, tecrübe ve alan bilgisine sahip hemşirelerin istihdamında strese yönelik direnç eşikleri ve fiziksel güçleri bir bütün olarak değerlendirilerek doğru birimlerde çalıştırılması gerekmektedir. Yani hastanede bulunan sağlık bakım hizmetleri müdürü elindeki beşeri kaynakları hem çalışanların hem de hastalar için en iyi çıktıyı sağlayıcı şekilde yönetmelidir(Antunes ve Moreira,2013).

Sağlıkta görev alan kişilerin işlerini kalite standartlarını karşılayacak düzeyde yapmaları sadece kurumun fiziki koşullarının uygunluğunun olması ile karşılanamaz. Burada iş görenlere yönelik sağlıklı ve güvenilir çalışma atmosferinin oluşturulması çok önemlidir. Çünkü çalışanın sağlığı ve motivasyonu, kaliteli hizmet çıktısına ulaşmayı kolaylaştırır. Sağlık kurumlarında görev alan tüm personeller

işlerini yerine getirirken bazı riskler alırlar. Örneğin bir hemşire, kan yolu ile bulaşan bir hastalığı olan kişiye damar yolu açarken eline iğnenin batması sonucu kendisine de bulaşma riskini alır. Aynı zamanda tıbbi atıkları toplayan bir personelin atıklarla temas etme riski onu hasta edebilir.

3.6.3. Sağlıkta Şiddet

Hemşirelik mesleği uzun saat dilimleri içerisinde çalışmayı gerektiren çeşitli stres unsurlarını iyi yöneterek gerektiğinde hizmet verdiği hastaların da algıladıkları tüm streslere dair çözümler üreten, sağlık kurumlarında hastaların iş tanımında yer alsın alması her türlü soruya yanıt beklemesi gibi birçok sebepten dolayı kolay bir meslek değildir. Bir hemşire yaşantısını tamamen biyolojik saate göre değil çalışma saatlerine göre yaşamak durumundadır. Bu süreçte hizmeti alanın çoğunlukla sağlığı bozulmuş bireyler olması, yapılan işin çalışma vardiyalarında diğer arkadaşlarına aktarılması, tüm çalışanların bu süreçte algılanan stres dirençleri ve gösterdikleri yanıtların aynı olmaması beraberinde hem hasta ya da yakınları hem de ekip arkadaşları arasında şiddet gibi istenmeyen durumların yaşanmasına sebep olur.

Hemşirenin iş arkadaşına gösterdiği şiddete dair yapılan birçok çalışma vardır. Çoğunlukla yataklı servislerde cerrahi ve dâhili birimlerde yatan hastalar uzun süreli sağlık hizmeti alırlar. Belki de günlerce kalan hastalara dair hizmet sunumu çalışma saatleri içerisinde hemşireler tarafından birlikte sürdürülür. Hatalı bir girişim ya da hasta kayıtlarında arkadaşını uyarmayı tercih etmeyip ilgili sorumluya iletmek, grup içerisinde o kişiyi dışlamak, eleştirmek gibi davranışlar psikolojik olarak şiddettir. Kişinin üzerinde stres unsuru oluşturan arkadaşı onun iş özdeşimin engelleyerek strese karşı direnç eşiğini düşürür. Böylelikle beraberinde benlik saygısı azalmış, hem iş yerinde hem de sosyal yaşantısında davranış problemleri ortaya çıkar. Ve en önemlisi insan sağlığına hizmet veren sağlık kuruluşlarında tıbbi hatalar kaçınılmaz olur.

Huzursuz bir çalışma atmosferde görevlerini yapan hemşireler, diğer arkadaşlarının birbirlerine uyguladıkları psikolojik şiddetten etkilenirler. Gergin ve

sürekli uyarılmış olan hemşirelerin hastaların şikâyetleri ve taleplerine cevap veremezler. Ve özellikle bu durum hizmet sunumunda hatalara sebep olur. Amerika’da yapılan bir araştırma verileri psikolojik şiddetine uğrayan çalışanların %13’ünün hata yaptığı verilerini elde etmiştir(Ayakdaş,2014,s.1-2).

Sağlık kurumlarında şiddet olgusu günümüzün bir gerçeği olmakla beraber nedenleri araştırmalara konu olmuştur. Ve çoğu araştırmada şiddet eğiliminde hastalara oranla hasta yakınlarının eğilimi olduğuna yönelik anlamlı veriler ortaya çıkmıştır. Bu evrensel boyutta olan problemin çözümüne ilişkin tüm ülkeler bir sağlık politikası geliştirmişlerdir.

Ülkemizde hastanelerin ayaktan sağlık hizmeti sunan poliklinik birimlerinde diğer birimlere oranla daha çok şiddet olayının yaşandığı istatistiksel olarak anlamlı çıkmasına karşın kanada da yapılan araştırma sonuçlarında bu veri acil birim olmuştur(Dağ ve Baysal,2017,s.97).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası 2013 yılının 11. Ayında şiddete yönelik soru kalıplarını kullanarak toplamda 1300 sağlık çalışanının değerlendirmesine sunmuştur. Bu araştırma sonuçlarında sağlık profesyonellerinin %81,9 nun şiddete dair kaygılarının olması çarpıcı bir veridir. Şiddete eğilimin kişiler bazında hastaların eğilimleri %31,84 iken yakınlarının şiddete yönelmeleri %56,9 olarak anlamlı kılınmıştır(Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması,2013,Anonim,S.60).

Yaşanan bu şiddet olaylarının sonucunda tüm dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de sağlıkçılarımızı korumak adına çeşitli politikalar geliştirilerek haklar yasalarla korunmuştur. Ve ülkemizde beyaz kod uygulaması ile şiddetin niteliği ne olursa olsun şiddet gösterenlere yönelik dava açılmaktadır.

Sağlık kurumlarında şiddetin önüne geçilmesi için risk analizleri çok önemlidir. Şiddet yaşanmadan önüne geçmek için riski yüksek olan birimlerde gerekli önlemlerin alınması hastane yönetiminin sorumluluğundadır. Şiddet durumu ortaya çıktığında diğer hastaları ve sağlık çalışanını korumak için kriz dönemi iyi yönetilmelidir. Kriz yönetiminde gelişen durum detaylıca raporlanmalı ve ilgili

disiplinler tarafından gerekli işlemler başlatılmalıdır. Çalışanlarda bu durum travmatik olabileceğinden sonrasında da psikolojik desteğin karşılanması çalışan sağlığı için gereklidir(Işık,2019,s.97).

Adana ilinde hemşirelerin şiddete uğrama durumlarına yönelik yapılan bilimsel araştırma sonuçları toplamda 764 hemşirenin yüz yüze görüşülerek anket formu kullanılarak yapılmıştır. Bu araştırma verileri hemşirelere gösterilen şiddet türünün en çok sözel ve korkutma şeklinde hasta yakınları tarafından uygulandığına yönelik anlamlı sonuçlar elde etmiştir. Hemşirelerin yaşadıkları tüm bu istenmeyen durumlar karşısında yaşananları rapor ettikleri yanıtı alınmıştır. Bu konuda hastane idaresinin tutumu çok önemlidir. Şiddet olaylarının üstünü kapatarak ve hasta ve hasta yakınının tedavi ret veya taburculuğunu sağlamaya yönelik tutumlar etkili bir kriz yönetimi olmamaktadır(Öztunç,2001,s.5-7).

Hemşirelik hastane kurumlarında çıkabilecek her türlü problemde, gelişebilecek teknik arıza durumlarında bile yetki ve sorumluluğu kendisine ait olmasa da hastalar tarafından daha çok cevap vermeye zorlanan meslek grubudur. Ankara ilinde yapılan bu araştırmada 18 yaş üstü bireylerin hemşirelere yönelik şahit oldukları şiddet türleri incelenmiştir. Toplamda 1179 kişinin şiddete yönelik algılarında en fazla sözel şiddetin yaşandığına dair algı diğer çalışmalarda ki gibi istatistiksel açıdan anlamlıdır. Bu araştırmada “şiddet hastanenin diğer birimlerine oranla acil servislerinde daha çok görülmektedir “ hipotezini istatistiki olarak anlamlı kılmıştır. Ayrıca bu araştırmada örneklemin %60’ı çalışanların, şiddete maruz kalma nedenlerini poliklinik birimlerinde sırası gelmemesine rağmen hekim odasına direk girmeleri olarak tanımlamıştır. (İlhan vd,2013).

3.7. Sağlık Reformu Öncesi Türkiye’nin Durumu

Tarihsel bir süreç içinde sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda vakıfların yer aldığını görmekteyiz. Sağlık hizmetleri Osmanlı ve Selçuklu devrinde askeri ve saray odaklı hizmet sunumu vardı.1900 yılların sonuna baktığımızda doktorların hizmet talep eden kişilerin hanelerine gittiğini görmekteyiz. Halkın sağlık hizmetlerine

erişim yollarını ekonomik güçleri belirlemektedir. 1898 yılında kurulan Gülhane hastanesi dönem koşullarında devlet bünyesinde sağlık hizmetini sunan ilk hastane olarak kayıtlara geçmiştir. Bu tarihe kadar Türkiye’de bu ölçüde ekipmana sahip bir hastane kurulmamakla birlikte yine diğer ölkelerle kıyaslandığında çağının oldukça gerisinde kalmıştır. Cumhuriyet ilan edildikten sonra sağlığın ehemmiyeti ve buna yönelik politikaların ilk sırada yer aldığını görmekteyiz. 1960 yıllarında geldiğimizde ise sosyal devlet anlayışının tüm dünyada etkilerine Türkiye’de cevap vermiştir. Sağlığa dair tüm hizmetler kamu kurumlarınca verilmiştir. 1980’li yıllarda özgür düşünce anlayışı sosyal devlet anlayışını zayıflatmıştır. Ve 2003 yılına geldiğimizde de sağlık hizmetlerinin reform niteliği taşıyan değişimi sağlıkta dönüşüm hareketi ile birçok değişim yaşanmıştır. Sağlıkta dönüşümün temelleri 2002 yılında atılmıştır. Acil eylem planı olarak ifade edilen açıklamada dönüşümün temel taşları belirlenmiştir(Ş.Çavmak ve D.Çavmak,2017;Şentürk,2019).

1970’li yıllarda tüm dünyayı kasıp kavuran ekonomik kriz sonrası şekillenen neoliberal akımlar devlet müdahalelerinin piyasadan silinmesi gerektiğini savunmuştur. Bu akım özel sermayeye teşviklerin arttırılmasının ve özelleştirmelerin önünün açılmasını savunmaktaydı. Turgut Özal ve Süleyman Demirel dönemlerinde siyasette bu akımdan etkilenerek tarihe 24 Ocak kararları olarak geçen önemli bir değişime sahne olmuştur.

Milyonlarca kişinin sağlık hizmetinden yararlandığı ve on binlerce sağlık çalışanın ürettiği hizmet, 80’li yılların öncesinde özel muayeneler, sayıları oldukça azınlıkta olan özel hastaneler ve kamu hastaneleri tarafından sürdürölmektedir. 70’li yıllardan sonra yaşanan ekonomik sıkıntılar ve problemler sonucu müdahaleci devlet anlayışını kırmış ve artık sağlık kurumları da kapitalist sisteminin içinde yer alarak ticarileştirilmiştir. Bu akım sağlık hizmetlerine ilişkin devlet müdahalesinin özel kurumların piyasada tutunmaları ve sürdürölebilir olmalarının önündeki engel olduğu görüşünü savunmuştur. Ve takip eden yıllarda da bu ekonomik buhranlardan çıkış yolunun özelleştirmeler olduğunun altı hep çizilmiştir. Tarihsel olarak 1923 yılından sonra piyasada özel teşebbüslerin olması desteklenmiş olmasına karşın Türkiye’de ki özelleştirmeler ağırlıklı olarak 80 darbesinden sonra gerçekleşmiştir. Özel sağlık kurumları da pazarda kendilerine yer edinmişlerdir(Seren Harmancı ve Yıldırım,2012).

Dünya bankasının ülkelerin birçok sistemine müdahalede bulunduğu bir gerçektir. Örneğin dünya bankasının sağlık hizmetlerini piyasada yer almasını savunan ve özelleştirmeleri destekleyen planlamasına yönelik ülkelere sundukları raporlar vardır. Bu programlara ülkemizde kayıtsız kalmadığını 59. Ve 60. Hükümet döneminde ki uygulamalardan görmekteyiz. (Soyer vd.,2003,s.23).

2002 yılında temeli atılan değişimin aslında zeminini sağlık alanında yaşanan birçok problem oluşturmuştur. Toplum içerisinde sağlık hakkını kullanamayan hizmet alamayan bir kesim vardı ve sayıları gün geçtikçe artıyordu. Ve bu kişilerin sosyal güvenceleri yoktu. Sistemin finansmanı ve hizmetin gerçekleştirilmesinde birden çok yapıyı barınıyordu. Toplumun her kesimine eşit şekilde sağlık hizmeti sunulamaması sağlık göstergelerine de yansiyordu. İşte bu ve benzeri yaşanan sorunlar dönüşümün temel nedenleri olmuştur. Dokuzuncu kalkınma planında da yer alan, döneme ait verilerde Türkiye genelinde bir hekime düşen hasta sayısı Avrupa'ya oranla oldukça yüksektir. Hastaların hekim seçme hakkı, hekimin de sağlıklı koşullarda muayene etme imkânı tanınmıyordu. Muayene odası olmaya hekimler mevcuttu(Soyer,2009,s.179).

Gereçler Wb raporu Türkiye'deki sağlık sisteminin durumunu;

- Toplumun sağlığına ait göstergeleri orta gelir düzeyindeki çoğu ülkelerin altında seyretmekte
- Yapılan sağlık yatırımlarına oranla gerçekleşen kaliteli çıktı düzeyi oldukça düşük
- Anne ve bebek kayıplarının fazla
- Sağlıklı yaşama dair beklentinin düşük
- Ekonomik şartları daha iyi olan bireylerin sağlık hizmetine ulaşımının daha kolay
- Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisine yönelik toplumda bilinçsizlik
- Bölgelere göre önemli ölçüde farklılaşan sağlık profesyonellerinin sayıları
- Teknik donanım ve yeni cihaz kullanımının yer almaması gibi birçok tespit yer almıştır.

Uzun yıllar boyunca sağlığa ayrılan bütçenin gayri safi milli hasılanın %1 bile olmadığı görülmektedir. Yaşanan tüm problemlerin ışığında tamamen sistemin yapılanması farz olmuş ve sağlıkta dönüşüm reformu çıkarılmıştır(Çetin,2017,s.280).

3.8. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta dönüşüm hareketinde birden çok sigorta kurumlarının kontrolü tek bir elden yapılması için bir araya getirilmiştir. Sunulan hizmete yönelik hizmeti alanlardan katılım payı alınmasına karar verilmiştir. Bu kararın alınmasında gereksiz yere sağlık hizmetinin alınmasının da önüne geçilmesi planlanmıştır. Sağlıkta özelleştirmeye yönelik teşvikler artmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı(SDP), hizmetlerinin sunumundaki maliyetleri göz önüne alarak bu maliyetleri hizmeti alanlardan talep edilmesi gerektiğinin altını çizmiştir. Genel sağlık sigorta prim ödemesi uygulaması başlatılmıştır. SDP'nin üç temel amacı vardır.

1. Etkililik: sağlıkta yapılanmaya yönelik yapılan her bir girişimin meyvelerini vermesi etkililiktir. Belirlenen tüm bu uygulamaların birey, aile, toplumun sağlık refahının en yüksek düzeye ulaşmasıdır.
2. Verimlilik: Elimizdeki kaynaklardan en kaliteli hizmet çıktısını elde etmektir.
3. Hakkaniyet: Kişilerin sağlık hizmeti tüketimini ihtiyaçları oranında olması ve hizmete eşit şekilde ulaşmaları ve finansmanında gelir durumlarının göz önüne alınmasıdır(Çetin,2017).

3.8.1. Dönüşüm Sürecinin Yapı Taşları

- **Çakılı kadro yasası**

Ülkemizde bölgelere göre oranları değişen sağlık personeli sayısı hizmet sunumuna ilişkin önemli bir sorun olarak görülmüştür. Bu hususta yayınlanan kanun hükmünde kararname ile devlet memuriyetinde sözleşmeli personel kavramı ortaya çıkmıştır. Böylelikle hizmet sunumunda aksaklıkların yaşandığı yerlere sözleşmeli

personel istihdamı yapılacaktır. Mevzuatta kamunun sahip olduğu kaynaklara dair verimin sağlanması ve kamuda çalışan beşeri gücün dengeli dağılımının sağlanmasını amaçlamaktadır(Sağlık Bakanlığı 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği,2015).

- **5510 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası yasası**

Türkiye’de sosyal sigorta kurumuna bağlı toplamda 573 sağlık işletmesi 2006 yılı itibari ile bakanlığa geçmiştir. Aynı zamanda mevcut düzende yer alan parçalı sigorta düzeni tek sigorta kurumunun himayesinde birleşmiştir. Genel sağlık sigortası(GSS) kapsamında yeni düzenlemelere gidilmiştir(Ş.Çavmak ve D.Çavmak,2017).

Vatandaşların devletin sunmuş olduğu tüm sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlayan bir sigorta koludur. Bu yasanın en büyük eleştirileri çalışanlardan bir prim kesintisinin yapılmış olmasıdır. Bu yasa ile birlikte sağlık alanında ki ihtiyaçların karşılanmasında genel bütçeden ayrılan pay kısıtlanmıştır. GSS kapsamında yapılan ücret kesintileri hizmetlerin devamlılığını sağlamaktadır(Seren Harmancı ve Yıldırım,2012).

- **Aile Hekimliği Modeli**

Aile hekimlikleri sözleşmeye tabi ve önceden belirlenen ölçütler ışığında özerk bir şekilde sağlık hizmetinin sunulduğu yer olduğunu ifade edebiliriz. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik bireyin ve toplumun sağlık refahının artırma, salgın hastalıkların önüne geçme, toplumsal bağışıklamayı sağlama gibi birçok önemli rol tanımlanmıştır. Kişiye yönelik sağlık hizmetlerinde aile hekimlikleri, topluma dair hizmetlerde ise toplum sağlığı merkezleri görev almaktadır. Türkiye’deki aile hekimlikleri adeta büyük bir muayenehane mantığı ile kurulmuştur. Genel sağlık sigortası ile aile hekimleri arasında iki yıllık sözleşme imzalanır. Aile hekimliklerinde aile sağlığı elemanları başta doktorla anlaşma yaparak sözleşmelerini

imzalar. Bu kurumların finansmanında sağlık bakanlığı yer alır(Ş.Çavmak ve D.Çavmak,2017).

Aile hekimliği uygulamasına yönelik alan yazınında birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada sağlıkta dönüşüm reformuna ilişkin görüşler değerlendirilmiştir. Toplamda 378 dakika süren görüşmeleri sağlık yönetimi programlarında akademisyen kişiler gerçekleştirmiştir. Görüşme verilerinde reformun temel taşlarından kabul edilen aile hekimliği uygulamaları oldukça eleştirilmiş. Eleştirinin en büyük sebebini etkili bir sevk zinciri uygulamasının yer almaması olarak belirtilmiştir(Çilhoroz ve Arslan,2018).

- **Sağlık bakanlığının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname**

Sağlıkta dönüşüm programından sonra özellikle sağlık kurumlarının denetimi, yönetimi, idaresi, teşkilatlanması hususlarında verilen en radikal değişimdir. Bakanlık Kurulu'nca ekim ayında alınan bu karar 02.11.2021 tarihinde 28103 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır. Bu kararname ile bakanlık sağlık kurumların düzen, uyumu ve denetimi noktasında yer almıştır. Bakanlığa bağlı olarak Türkiye kamu hastaneleri kurumu(TKHK) devlet ve araştırma hastanelerinde yürütülen bütün hizmetlerin kontrolü, izlemi, denetimi değerlendirilmesinden sorumlu olan kuruluştur. Birde illerde kamu hastane birlikleri kurulmuştur. TKHK'ya bağlı tüm hastanelerin işletilmesinde etkililiğin ve verimin elde edilmesi amacı taşıyarak her ilde kamu hastane birlikleri kurulmuştur. Mali, tıbbi ve idari hizmetlere yönelik en üst karar merci genel sekreterlik birimidir. Ve bu hizmetlere yönelik başkanlıklar genel sekretere bağlıdır. Tüm ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları kamu hastaneler birliğine bağlı olmak zorundadır. Birliklerde hastane yöneticileri vardır. Başhekim, sağlık bakım hizmetleri müdürü, mali hizmetler müdürlükleri hastane yöneticisi kontrolü altındadır(Seren Harmancı ve Yıldırım,2012).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütüne bağlı ülkelerine yönelik yapılan araştırma verileri 1000 kişiye dair hizmet sunumunda 8,9 hemşire yer alırken,

Türkiye de hemşire oranı 1,8 olarak tanımlanmıştır. Sağlık profesyonellerinin istihdamına yönelik yurt dışından doktor ve hemşirelerin görevlendirilmesi ve sağlık meslek liselerinin kapatılması yerine tekrardan öğrenci yetiştirmelerinin önü 5 yıl daha açılmıştır. Ayrıca Temmuz 2012 yılında resmi gazete yayımlanarak üç ve daha fazla yıl boyunca hemşirelik hizmetlerini yerine getiren ebelik diploması olan kişilerin üç ay içerisinde talepleri doğrultusunda hemşire olarak görevlerinde kalabileceklerine karar verilmiştir. Dünyanın hiçbir yerinde profesyonel eğitilmiş bir meslek grubuna dair istihdamın sağlanmasına yönelik farklı mesleklerin yerine geçirilmesi ve yahut eğitim düzeyinin düşürülerek hizmetin aynı kalitede sürdürülmesinin beklenmesi gibi bir uygulama görülmemiştir. Sağlıkta taşeron firmalardan hizmet alınması uygulamaları da 2002 yılından sonra gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama ile kurum içerisinde aynı görevi yapan ve unvanları aynı olan kişilerin maaşlarının ve statülerinin ayrı olan karmaşık bir yapı oluşmuştur(Seren Harmancı ve Yıldırım,2012).

• Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Geçiş

Gün geçtikçe sağlığa yönelik artan hizmet ihtiyacını karşılamada, girdileri etkili kullanarak verimliliği sağlama ve çıktılarda istenilen düzey elde etmek için yeniliklere ihtiyaç duyulmuştur. Çünkü günümüz insanı sadece hastalandıkları zaman değil daha kaliteli ve konforlu bir yaşam için sağlık hizmeti talep etmektedir. Kişilerin sağlığa yönelik taleplerinin değiştiği günümüz dünyasında mevcut sisteme yönelik reform girişimlerin yeri çok önemlidir. Sağlık politikacıları sunulan hizmeti kaliteli kılacak aynı zamanda çalışanların isteklilik hallerini ve örgüte olan bağlılıklarını arttıracak, kaynakları verimli kullanmaya yönelik bir bilinç oluşturarak kişilerde sorumluluk oluşturacak model üzerinde çalışmışlardır. Performansa dair katkı payı verilmesi ilk olarak 2003 yılında pilot uygulamalardan geçerek 2004 yılında nitelik boyut kazandı. 2004 yılında hem çalışanların sürece uyumu sağlandı hem de deneyim kazanarak kalite ölçütleri geliştirildi(Sert,2019;Aydın ve Demir,2006).

Sağlık hizmet çıktılarının kalitesini arttırmak, toplumun sağlığına ilişkin talepleri ve isteklerinin karşılanabilir olması sağlama, uluslararası standartlar

doğrultusunda hizmeti sunma, satın alma ve ihalelerdeki fazla harcamanın önüne geçme, verimli etkin kaynak kullanımını sağlam gibi hedefleri taşıyan bir sistemdir. Bu yeni düzenlemede kamudan özel sağlık işletmelerine sevkin önü açılmıştır. Böylelikle sağlıkta özel işletmelerin kullanımına yönelik destek verilmiştir(Ş.Çavmak ve D.Çavmak,2017).

3.9.Hastane İşletmelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

3.9.1.Türkiye Sağlık Sistemlerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Tarihçesi

80'li yıllara baktığımızda kamuya ait harcamalar ile gelirleri arasında ters orantılı olarak seyrettiğini görmekteyiz. Bu yıllardan itibaren devletin izlediği stratejilerde, kamudan sağlanan gelirleri arttırma, giderleri azaltma şeklinde olmuştur. Aynı zamanda bu yıllardan itibaren devlet kamuya alımlarda ki geleneksel yaklaşımı değişikliğe uğratarak sağlık kurumlarında etkileri görülmüştür. İş görenlerin güvenli olarak ifade edilen kadrolu alımları bu yıllardan sonra daha esnek bir yapı kazanmıştır. Sağlıkta dönüşüm olarak adlandırılan bu sistemde hem atama ve yerleştirmeler hem de sağlık hizmet yapılarında düzenlemeler yapılmıştır. Tüm bu değişiklikler birbirinden farklı yerleştirme biçimlerini çıkarmıştır. Örneğin aynı birimde çalışan bir hemşirenin sözleşmeli ya da kadrolu olması yapılan iş yükünü değiştirmemesine rağmen özlük hakları ve maaşları farklı olmuştur. 2003 yılının yedinci ayında yürürlüğe giren kanun özellikle sağlık hizmet sunumuna ihtiyacı olan bölgeler ve hizmet alanları gözetilerek sağlık kurumlarına yerleştirme modelleri değişmiştir. İşçi kadrosunda yer almayan ancak iş akdi ile sözleşme sağlanan bir grup oluşmuştur(Çakıroğlu ve Seren,2016,s.38-39).

Aile hekimliği hayatımıza 2004 yılında kanunun kabulü ile girmiş, kurulan sistem öncelikle evreni temsil eden bir örnekleme uygulanmıştır. Bu pilot bölgelerde görev alan sağlık mensupları kadrolarının bulunduğu kurumlardan ayrılış yapmadan ücretsiz izinli görünmüşlerdir. Bu gelişmeler, planlanan yenilikler ve reformun zeminini oluşturmuştur. 2005 yılına geldiğimizde sağlık bakanlığına bağlı

kurumlarda sözleşmeli olarak atanan başak bir ifade ile 4/B kadrosundaki sağlık elemanlarının sayısının arttığını görmekteyiz. Türkiye'nin her bölgesine sağlık hizmetinin getirilmesi amaçlanarak açıktan hemşire ve ebe atamaları planlanmış, beraberindeki yıllarda alımlar yapılmıştır(Çakıroğlu ve Seren,2016).

3.9.2.Ek Ödeme Sisteminin Tanımı

Ülkemizdeki sağlık tesislerinin çoğunda uygulamaya giren performansa dayalı ek ödeme(PDEÖS), sağlık alanında çalışan iş görenlerin gösterdikleri performansları doğrultusunda sabit maaşlarına ek ödemenin yapıldığı bir sistemdir(Ekinci,2021,s.119).

3.9.3. Ana hatları

Sağlık alanındaki dönüşüm programının temel zihniyetinde kişilerin ortaya koydukları kaliteli çıktılar kapsamında emeklerini ve performanslarını ödüllendirerek sağlık sektöründe çıktıyı etkileyen her unsurun verimli kullanılmasını sağlamak ve kurum ve kuruluşların bakanlıkça belirlenen kıstaslara ulaşma arzularını gerçekleştirmeleri yer almaktadır. Böylelikle sistem kurumları daha etkili daha tutumlu olmalarını desteklemektedir. Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmetini verme sorumluluğunu aşılama ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olmadığını tecrübelerimiz göstermiştir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak ve insanları sürekli bu sorumluluk alanına itecek model arayışlarının sağlık politikacılarının gündemini ne denli işgal ettiğini biliyoruz. Sağlık bakanlığı Son birkaç yılda sağlık sistemimizde hızlı değişikliklere imza atmıştır. Bu değişikliklerde, hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındıran, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir sistem oluşturma gayesi göze çarpmaktadır(Gazi,2006,s.70).

2003 yılı sağlık kurumlarının idaresi, yönetimi ve işleyişinde birçok yeniliğin gerçekleşmesinin zeminlerinin atıldığı yıldır. Sağlıkta dönüşüm ve reform hareketi ile çalışmalar devam etmiş ilk olarak 10 hastane ve il sağlık müdürlüğünde denenmiştir. Bu deneyimler sonrası sürece yönelik yenilikler üzerinde çalışılmıştır. Ve 2004 yılından itibaren bakanlığa bağlı tüm kurumlarda sürece geçilmiştir.2005 yılında sistem daha da geliştirilerek sadece bireysel performansın yükseltilmesini ele almanın yeterli olmadığı düşüncesinden kurumlara yönelik performans kıstaslarının değerlendirilmesinin n açılmıştır. Sosyal güvenlik kurumuna(SGK) bağlı sağlık tesislerinin hepsini bakanlık çatısı altında alınması da bu yılda gerçekleşmesiyle sistem Türkiye’de ki sağlık kurumlarının %90’nında uygulanır hale getirilmiştir. 2006 yılında ise yöneticilerin performans ltleri ve klinik başarılarla dair ölçütler tanımlanmıştır.

Sistemin yönergelerini değerlendirecek olursak;

1.yönerge:

Bakanlığa bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları kişileri hastalıklardan koruma ve tedavi etme görevleri dışında ulaşımı zor bölgelerinde sağlıklılık durumlarını kontrol etme görevi üstlenirler. Tüm bu görevlere yönelik başarı ölçütlerinin tanımlanması ve puanlandırılması sistemin bir getirisidir.

2. yönerge:

Bu yönerge hem devlet hastaneleri hem de eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık hizmeti süreçlerini dikkate alarak oluşturulmuştur. Eğitim ve araştırma hastanelerinde hem bilimsel yayın çıkarmayı hem de kliniklerin başarısını teşvik edici puanlandırma sistemi kurulmuştur. Performansa göre katkı payı ödeme sistemi, araştırma geliştirme faaliyetleri belli sayıya ulaşan doktorların puanlarını yükseltir. 5300 adet tıbbi girişimin izafi olarak değer tanılanır. Ve tüm değerler ışığında puanları belirlenir. Doktorların bedensel ya da zihinsel süreçlerle birebir hizmet sunumlarının puanlandırmaya tabi olması, yani hizmetin sunumuna katılan yardımcı sağlık personelinin performansına dair puanlandırılmanın yapılmaması sürece yönelik verilen tepkilerden olmuştur(Aydın ve Demir,2006,s.53-55).

2004 ve 2005 yılları arasında ortaya konulan yönerge ile uygulamalar sonucunda toplanan verilerin analizi sonrasında sistem daha da geliştirilmeye çalışıldığını ifade etmiştik. 2004 yılını incelediğimizde daha çok karşımıza bireye dönük ve nicel ölçütlerin dikkate alındığını görüyoruz. 2004 yılında sağlık personelinin gelir kazanımlarında unvanının ne olduğu, hizmette ne düzeyde katkısının olduğu, mesleği, çalışma yerinin ne kadar risk unsurlarını içermesi gibi öğeler dikkate alınmıştır. Bir yıl sonra kurumun performansının belirlenmesi sisteme dâhil edilmiş, geribildirimler ve çalışmalar sonucu çeşitli yeniliklere gidilmiştir. Kurumun ne düzeyde performans sergilediğinin ölçümünde hastaların muayene olabilme süresi, kurumda yapılan memnuniyete dair anket çalışmalarının katsayısı, kurumun yakın ve uzak hedeflere ne düzeyde yaklaştığı ve verimlilik düzeyi gibi unsurlar ölçüt olarak ele alınmıştır. Burada 2005 yılından itibaren kurumsal performansın önemi vurgulanarak kişilerin bireysel ve kurumsal performans ödemeleri doğru orantılı seyretmiştir. Kalite üzerine yapılan çalışmalar sonucu belli kalite standartları belirlenerek her bir sağlık kurumu için kalite katsayıları belirlenmiştir. Kurumun kalite üzerine katsayı hesaplamaları da iş görenlerin ödemelerine yansıtılmıştır. 2010 yılına baktığımızda sistemde giderek nitel öğelerin önemi arttırılmış ve sağlık kurumlarında ki yönetici pozisyonunda olan çalışanların performanslarının ölçüm verileri dikkate alınmıştır. Özellikle kurumun borcu varsa bu borcun ne kadar süredir var olduğu, çalışanlara ek ödemenin zamanında verilmesi, belirlenen kalite ölçütlerinin ne kadarına ulaştığı, bakanlığın kurum için tanımladığı hedefleri gerçekleştirme düzeyi temel alınmıştır. 2017 bütçe rakamlarına baktığımızda kamu hastaneleri kurumuna verilen döner sermaye yönelik bütçenin yarısına yakınının kurum içi çalışanlara dağıtıldığını görmekteyiz (Korku ve Kaya, 2019, s.91-93).

3.9.4.Hedefler

- İş görenlerin yaptıkları işi sahiplenmelerini ve bu şekilde her gün bir önceki güne oranla daha çok işlevsel, motive, verimli çalışmalarını desteklemek
- Kurum içerisinde hangi iş görenin diğerlerine oranla başarı sergilediğini belirleyerek onu mükâfatlandırmak

- Belirlenen performans ölçütleri ile iş görenin sergilediği performansı karşılaştırarak gerekli çözümlemelerin yapılması
- Performansı olumsuz etkileyen unsurların belirlenmesi ve önüne geçilmesi
- İş görenlerin başarılarını destekleyerek kurumun fonksiyonelliğini arttırılması(Öztunç ve Cural,2017,s.882-883).

3.9.5. Sistemin İşleyişi

Sağlık kurumlarının çıktısı hizmettir. Hizmetlerin gerçekleştirilmesinde kanıt temelli uygulamaların gerçekleşmesini sağlarken mevcut kaynaklarla en kaliteli çıktıya ulaşmayı hedefleyen değişimlerin tümü olarak da tanımlayabiliriz.

Sağlık çalışanın net performans puanının döneme ilişkin belirlenen katsayı ile çarpılması sonucunda alacağı teşvik tutarı belli olur. Tabi bu tutardan vergiler kesinti yapılır. Örneğin bir doktorun net performans puanı ile belirlenen döneme ait katkı payı katsayısı çarpıldığında ve çıkan sonuçtan vergiler düşüldüğünde elde edilen miktar, yasalara göre tavan ek ödeme miktarının üstünde olamaz.

Bakanlık denetiminde olan döner sermaye kurumları;

- Sağlık hizmetlerinde yaşanan aksaklıkların giderilmesi
- Kaliteli hizmet üretiminin desteklenmesi ve teşviki
- İşletmelerin finansmanını karşılayamadıkları ihtiyaçlarına yönelik destek verilmesi
- Bilimsel çalışmaların teşviki gibi fonksiyonları gerçekleştirir.

Bu amaçlarla sağlık bakanlığına bağlı tüm kuruluşlarda görevlerini yerine getiren kadrolu ve sözleşmeli çalışanlara yönelik bir ay içerisindeki gayri safı milli hasılat miktarının %2 sini aşmamak şartı ile bakanlıkça bir oran belirlenir. Ve bu miktar yukarıdaki fonksiyonları yerine getirme amaçlı döner sermaye kurumlarının hesabına yatırılır. Bu hesaba yatan miktarın nasıl ve ne oranda dağılımının

yapılacağına ilişkin bilgi, maliye bakanlığının uygunluğu alınarak sağlık bakanlığınca tanımlanır.

Yasalara göre bir sağlık personeline performansı oranında yapılacak katkı ödemesi devlet kurumlarında en yüksek maaşı alan memurun maaşının %200 ve fazlası oranında yataamaz(Kılıç,2012).

Çalışanların performans gösterme düzeyleri alacakları ek ücretin miktarında etkilidir. Sağlık kurumunun total performansı, çalışanın dâhil olduğu birimin ve bireysel performansı beraber değerlendirilerek ek ücret miktarını etkiler. Bundan dolayı sistem dinamik olarak işler. Böylelikle sağlık çalışanları sadece kendi başarılarını değil birimleri ile özdeşim sağlayarak kurumsal hedeflere yaklaşma yolunda çaba sarf ederler. Bu hususta devlet, doktorları kamuda tam zamanlı çalışmaya özendirici unsur olarak tam zamanlı çalışma katsayısını hesaplamada daha yüksek tutmuştur. 2002'den 2005 'e kadar kamu sağlık kuruluşlarındaki tam zamanlı görev alan doktor sayısı % 43 oranında artmıştır. Böylelikle operasyon sayıları artmış, daha uzun süre sağlık bakım hizmeti sunulmasını ve tetkik ve tanılama işlemlerine yönelik hizmetlerin verilme süresi uzatmıştır. Aynı zamanda hastalara hekim seçme hakkını tanımıştır. Sağlık kurumlarında kanıta dayalı bilgi sistemleri geliştirilerek tüm işlemler ve hizmetler kayıt altına alınmıştır. Kaynakların etkili kullanımına yönelik satın alma talepleri ve ihaleler titizlikle yürütülerek verimlilik esas alınmıştır.

Sağlık çalışanlarının daha kaliteli hizmet sunmaları için isteklendirme ve hizmet sunumunda kaynakların verimli kullanarak kaliteli hizmet çıktısına ulaşmayı temel alan bir sistemdir. Burada asıl olan çalışma saatleri içerisinde çok kişiye hizmet verilmesi değil, sunulan hizmetin kalitesi ve hizmete yönelik tüketilen zaman ve kaynağın verimlilik oranıdır(Aydın ve Demir,2006).

3.9.5.1 Bireysel Performans Puanı

Performansa dayalı katkı payı ödenmesine dair yönergenin ilk basamağında tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan bireye yönelik performansın belirlenmesini görmekteyiz. Bu aşamada tüm sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin ölçülebilir olması sağlanmıştır. Doktorların başından sonuna kadar bizzat kendilerinin yürüttükleri hizmetler ağırlıkları oranında puanlandırılmıştır. Bu aşamada işleme giren yardımcı sağlık personeli idareciler ve klinikte görev almayan doktorlara kurumun gösterdiği performans puanı yansıtılır. Bu sistemde bireysel performans ne kadar artarsa kurumsal değer de o düzeyde artar ve tüm çalışanlar bu değerden yasalar ölçüsünde yararlanır. Örneğin enfeksiyon oluşumunu önlemeye yönelik girişimler ne kadar etkili olursa o alanda görev alan doktorlar ödüllendirilir.

Sağlık kurumlarında tüm tıbbi işlemlere dair sistematik bilgi ağının kaydı çok önemlidir. Ay sonunda sunulan hizmete ilişkin sistematik kayıtlı verilerin hepsi performansın güvenilir ve gerçekçi olarak hesaplanmasını etkiler. Bundan dolayı kurumun bilgi kayıt sistemlerini geliştirmesi gerekir. Sağlık kurumlarında görev alan farklı profesyonellerden oluşan üyelerin katılımı ile bir komisyon oluşturulur. Bu komisyonlarda kurumun ihtiyaçlarını, borçlarını, alacaklarını değerlendirilir ve çalışana ödenecek tutar belirlenir. Doktorların yaptıkları tıbbi işlemlerin kaydının sistematik tutulması sonrasında tüm kayıtlar hem kalitatif hem de kantitatif olarak incelenir. Bu değerlendirmeyi inceleme heyetleri yapar. Aile hekimlerine yönelik performans ölçütlerinde gebe, lohusa, 65 yaş üstü hasta sayısı ile aile planlaması, çocuk aşıları ve bağışıklaması gibi unsurlar etkilidir(Aydın ve Demir,2006,s.53-60).

3.9.5.2. Kurumsal Performans Puanı

Kuruma yönelik performans değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi 2005 yılında karşımıza çıkmaktadır. İlk başlarda uluslararası kabul gören kıstaslar değerlemede kullanılmıştır. Kurumsal performans ölçümü başarıyı sayısal verilerle sunarak kurumlar arası karşılaştırmaya olanak tanır. Sağlıkta dönüşüm programı öncesinde hastanelerin ihtiyaçlarına yönelik verilecek tutarı yasalar doğrultusunda bir heyet

belirlerken artık katkı ödemesinin gelmesi ile kurumsal başarı ölçütlerinin karşılanma başarısı oranında çalışanlara katkı paylaşımı olur. İki hastaneden hangisinin kurumsal performans puanı daha yüksekse aynı derecede başarı gösterecek de o hastanenin çalışanı daha çok katkı payı alacaktır(Kılıç,2012; Aydın ve Demir,2006).

3.9.5.2.1.Poliklinik Hizmetleri Katsayısı

Hasta sirkülasyonunun en fazla olduğu ve genellikle hizmetlerin en çok tıklandığı birim polikliniklerdir. Poliklinik birimlerinde her hekime rahatça muayene olanağı tanıyan odanın sunulması, hastaların hekim seçme hakkını kullanılabilecek düzeyde sağlık hizmetine ulaşımı sağlanma durumu birer ölçüttür.

3.9.5.2.2. Hastane Kalite Kriterleri katsayısı

Sağlık işletmelerinin sundukları hizmetin ne kadarının belirlenmiş standartları karşıladığının göstergesidir. Hizmetler belirlenen standartlar doğrultusunda mı sunuluyor sorusunun cevabını vermektedir. Sağlıkta kalitenin önemine ilişkin ilk uygulamalar 2005 yılında görmekteyiz. Uluslararası 100 ölçüt hizmet sunumunda hedeflenmiştir. Zaman içerisinde bu ölçütler geliştirilmiştir. Bugün hizmet kalitesine yönelik 357 adet ölçütün yaklaşık 900 adet alt ölçütleri sağlık kurumları karşılamada sorumludur. Sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik kıstasların geliştirilmesinde bilimsel bilgi kaynakları, hizmeti sunan profesyoneller ve bilim insanları yer almıştır(Kılıç,2012).

Burada önemli olan çalışanlarda kaliteli çıktıya ulaşmaya yönelik örgütsel bir atmosfer ve sorumluluk bilinci geliştirmektir. Hastaların hizmete ulaşım zorluğu, hizmetin devamlılığı, binada ki yönlendirme levhaları, hizmetin sunumunda hastanın bekleme süresi, hemşire ve doktorların mesleki tecrübesi, hasta güvenlik düzeyi ve hakları gibi kıstaslar değerlendirilir. Değerlendirme dış denetçiler tarafından uygulanır.

3.9.5.2.3. Hastane Alt Yapısının ve Bazı Süreçlerin Denetimi Katsayısı

Kurumda hizmeti aksatacak cihaz ve malzeme sıkıntısının olup olmadığı, hizmetin sunumu için ilgili birimlerin fiziki koşulları sağlayıp sağlamadığı, verilerin kaydında bilgi işlem ağının, yönetim ve çalışan alt yapısı gibi kıstaslar kontrol çizelgesi çatısında değerlendirilir. İl sağlık müdürlükleri tarafından denetim gerçekleşir.

Hastaların ihtiyacı olan ve talep ettikleri hizmetin ulaşılabilirliği kurum için önemli bir performans ölçütüdür. Ülkemizde yıllarca sağlık hizmeti almak için ayaktan hizmet veren birimlerde gecedan gelen hastaların yaşadığı sıkıntıları bilmekteyiz. Kurumda bulunan doktorların hastalara hizmet sunacakları odalarının olması da önemli bir ölçüttür(Hanağası,2021,s.29-34).

3.9.5.2.4. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü Katsayısı

Sağlıkta hizmet çıktısının tüketicileri hastalardır. Hizmetin verilmesinde ki tüm süreçleri yaşayan hastaların hizmete dair yorumları hizmetin kalitesinin geliştirilmesinde oldukça önemlidir. Bu anlamda hastanelerin servis birimlerinde polikliniklerde hasta memnuniyet anketleri yer alır. Sağlık kurumlarının hepsinde kalite standartlarını karşılamaya yönelik anket uygulama birimleri oluşturulmuştur(Kılıç,2012).

Kurumsal performans ölçütlerinin her birinden elde edilen katsayıların aritmetik ortalaması alınarak kuruma yönelik performans katsayısı elde edilir. Elde edilen veri sıfır ve bir arasında olur. Yasalar hastane gelirlerinin en fazla %40'ını çalışanlara ek ödeme olarak dağıtılabileceğinin sınırını çizmiştir(Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik,2020). Bu anlamda kurumsal performans katsayısının bir olması şartıyla üst sınırdan ek ödeme verilebilir. Bu katsayı sıfır olmuşsa o zaman çalışanlar ek ödeme alamazlar. Bundan dolayı bu sistem çalışanların kendi başarıları kadar

kurumsal hedefleri gerçekleştirme yönünde de hareket etmelerini sağlar(Hanağası,2021,s.29-34).

3.9.6.Sorunlar

Toplumda ki her ferdin sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşma hakkı vardır. Tüm bu uygulamalar ve değişimler halkın sağlığa yönelik taleplerine cevap verme, sağlık finansmanında verimliliği de sağlama amacı taşımaktadır. Bu amaçla vatandaş odak alan her bireye tercih hakkı ile bir aile hekiminin tanımlanması, hastanelerde artık merkezi randevu sistemine geçilmesi, özel sağlık kurumlarından yararlanmanın nnn aılması bu reformun temel taşlarıdır. Tüm sağlık sigortalarını kapsayan tek bir sigorta sistemi kurulmuştur(Yılmaz, Ataer ve Efe,2018).

Yapılan bu araştırma İstanbul’da yaşayan kişilerin sağlığa yönelik taleplerinin karşılanmasında duydukları memnuniyet oranını belirlemede anlamlı olarak 556 kişinin verilerine yer verilmiştir. Araştırma sonuçlarında bireylerin %70’nin sağlığa yönelik hizmetleri kamu kurumlarından tercih ettiği grlmştr. Sağlıkta dönüşüm sürecinin uygulamada hastanelere yansımalarının hizmetten yararlanmayı faydalı yönde etkilemediği görüşü % 42,7 ‘si tarafından anlamlı kılınmıştır. Özellikle bu çalışmada merkezi randevu sistemine dair sistemsel kaynaklı sorunların hizmet taleplerine engel olduğu grlmştr(Yılmaz, Ataer ve Efe,2018).

Yapılan diğer bir araştırma 23 ilde gerçekleşmiştir. Toplamda 2562 sağlık çalışanın katkıları ile gerçekleşen bu çalışmada beş kişiden dördünün sağlıkta dönüşüm hareketinin çalışma şartlarını olumlu yönde etkisinin olmadığını ve katkı ödemesinden memnun olmadığını anlamlı kılınmıştır. Aynı zamanda çalışanların %70’nin beş yıl öncesinde daha fazla ücret aldıklarını tanımlamıştır(Sayer,2010,s.14).

Literatürde sistemin kendisinin değil, uygulama hatalarının olumsuzluklara yol açtığı görüşü ağır basmakta ve bu açıdan uygulama sırasında yapılan hataların giderilmesi sistemin başarısı açısından belirleyici olmaktadır.

Sisteme yöneltlen eleştirilerden biri de bir hastanın tanı tedavisi gibi sağlık hizmet sunumunda birden çok uzman dalının faydası dokunmasına rağmen bu faydanın oranının performans puanlarına yansıtılmasının hakkaniyet göstermediğidir.

Hasta birey hastalığının teşhis ve tedavisi için farklı disiplinlerin değerlendirmesine bağlı olarak tanı ve tedavi sürecinin seyri belirlenir. Bu aşamada birden fazla kurumun ve sağlık çalışanının bireyi sağlığına kavuşturma yönünden etkisini belirlemede güvenilir performans değerlemesinin yapılamayacağı düşüncesi sisteme yöneltlen eleştirilerdendir. Kaliteli girdilerin temin edilmesi ile sağlık bakım hizmetinin sunulmasını performansa kıstas olarak ele almakta eleştirilen konulardan birisidir. Çünkü sağlık kurumlarının hizmet çıktısını birçok unsur etkilemektedir(Aydın ve Demir,2006,s.31-34).

Ekinci(2021), bu konuda ki araştırma sonuçlarına değinecek olursak; karmaşık bir kurum olan hastanelerde bulunan doktorların büyük birçoğunun bu sistemin gelir düzeylerini arttırdığı düşüncesine sahip olmalarına rağmen görüşlerinin olumsuz olduğu sonucuna varılmıştır. Özellikle kurum içinde bulunan doktorların sistemin alt bileşenleri ve işleyişi hususunda sınırlı bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Bu çalışmada hekim dışı sağlık personelinin birebir uyguladığı ve katıldığı işlemlerin puan değerinin olmamasının ekip ruhunu zedelediği sonucuna varılmıştır. Yapılan ödemenin emeklilik durumunda herhangi bir etkisinin olmaması çalışan bireylerin emekli olma arzularını azalttığı da çalışma sonuçları arasındadır.

Kompleks bir sistemi barındıran sağlık kurumlarında çeşitli mesleğe mensup bireylerin katkıları sonucu ortaya çıkan çıktıya dair sadece belli hekim uygulamalarının puanlandırılması iş birliği ve çalışma isteğini azalttığına yönelik veriler alınmıştır. Ayrıca sistemin kişinin hastalığının teşhisine dair bilgi sunacak gerekli gereksiz birçok tetkiklerin puan kazanma uğruna girildiği ve sağlık kaynaklarının verimli olmasına engel olduğu görülmüştür(Ekinci,2021).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Sağlık İşletmelerinde Hizmetlerin Yürütülmesinde Hemşireler Odaklı Performansa Dayalı Ödeme Sistemleri: Bir Devlet Hastanesi Örneği

4.1. Araştırmanın Amacı

Günümüzde işletmeler iş görenlerine emeklerinin karşılığı olarak birçok ödeme biçimi sunarlar. Performansın esas alınarak ödemenin gerçekleştirilmesi de seçeneklerden birisidir. Özellikle sağlık kurumlarında bu ödeme sistemi karşımıza çıkmaktadır. 2004 Yılından sonra Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta performans ilişkili ek ödeme sistemi uygulanmasına karşın sistemin hizmet kalitesine etkisi yeterince incelenmemiştir. Bu tezin amacı, Performansa dayalı ek ödemelerin sağlık çalışanlarının kaliteli hizmet sunumu ile olan ilişkisini çalışanların görüşleri doğrultusunda ortaya koymaktır.

Örgütsel amaca giden yoldaki eksikliklerin tespit edilmesi ve iyileştirici eylemlerin uygulamaya konulması, yönetsel kararların sübjektiflikten uzak belli veriler ışığında adaletli şekilde alınması gibi nedenler performans değerlendirme sistemlerine olan ilgiyi arttırmıştır. Bu bağlamda Kurum içerisinde yürütülen performans yönetimi ile iş görenlerin işe yönelik tutumları arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması tezin amaçlarından birisidir. Ayrıca hizmetin kesintisiz sürdürülmesi için vardiyalı olarak görev alan hemşirelerin sistemin ayrılmaz parçası olduğu düşünüldüğünde, performansa dayalı ücret uygulamasına dair hemşirelerin görüşleri alınarak memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi de amaçlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Kocaeli ilinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışmaya devam eden idareciler ile servis, polikliniklerde çalışan sağlık

personeli oluşturmaktadır. Anketin uygulanacağı kişilerin belirlenmesinde olasılığa dayanmayan örnekleme tekniklerinden amaca yönelik örneklem seçme tekniği ile seçilen 136 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Anketin uygulanacağı kişiler sağlık çalışanları olmakla beraber performansa dayalı ek ödeme sisteminin 2004 yılından itibaren uygulanmasından dolayı örneklem olarak çoğunlukla 2004 yılı öncesi görev alan sağlık çalışanlara ulaşmak hedeflenmiştir.

Kocaeli ili içerisinde sağlık bakanlığına bağlı 57 adet sağlık kurumu vardır. Bu sağlık kurumları içerisinde bulunan araştırmanın yapıldığı hastanelerden biri Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi 1993'te Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı, SSK Kocaeli Hastanesi olarak sağlık hizmeti vermiştir.1996 yılında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile beraber hizmet sunmuştur. 1999 depreminde hasar alan hastane, prefabrik binasına geçerek hizmet sunumuna ara vermemiştir.2005 yılında sağlık bakanlığı bünyesine girmiştir. Bakanlığa devri ile derince ilçesinde yer almasından ismi derince devlet hastanesi olmuştur. 2004 yılında kalite standartlarını karşılayan ve ISO 9001-2000 belgesini almaya hak kazanan ilk kurum olmuştur. 4 yıl sonra Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak adı değiştirilmiştir. Birçok araştırmaların yapıldığı hastanede 2015 yılından itibaren toplam 46 dalda hizmet verilmekte ve kadrosunda doçent, uzman, asistan, baş asistanlar görev almaktadır(Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi,2018).

4.3. Sınırlılıklar

Araştırmanın evreni Kocaeli ilinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanede çalışmaya devam eden idareciler ile servis, polikliniklerde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin sağlık çalışanlarının çoğunlukla 2004 yılı öncesi görev alan sağlık çalışanlarının oluşturmasına karşın bir bölümünün sağlıkta dönüşüm öncesi sisteme yönelik deneyimlerinin bulunmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Derince eğitim ve araştırma hastanesinde görevlerini icra eden sağlık çalışanlarının 32 soruluk anket çalışmasına verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

4.4. Veri Toplama Aracı ve Tekniği

Araştırmanın verileri anket yöntemi kullanarak elde edilmiştir. Anketin oluşturulmasında öncelikle alan yazını taranmış ve konu ile ilgili tüm anket çalışmaları incelenmiştir. Araştırma konusunu kapsayan araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket araştırmacının izni alınarak kullanılmıştır. Veri toplama aracı Ek-1’de bulunmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme uygulamasının çalışanların ürettikleri hizmetin kalitesine olan etkilerine yönelik görüşlerini belirleyen ifadeler ilk bölümde yer almaktadır. Diğer bölümde ise katılımcıların demografik özellikleri yer almıştır. Sağlık çalışanlarının bağlı olduğu bakanlık uygulamasına yönelik bir araştırma yapıldığından kişilerin kimlik bilgilerini açıklamaları istenmemiştir. Araştırmaya dair veri toplanması için ilgili izinler alındıktan sonra 09.05.2022 tarihinde anket çalışmasına başlanmıştır.

Anket soruları 136 sağlık çalışanına yüz yüze görüşme ile cevaplandırılmıştır. Görüşmeler her bir çalışanla ortalama yarım saat süre zarfında gerçekleştirilmiştir.

4.5.Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Kategorik değerkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda 2’den fazla gruplar ise Kruskall Wallis testi ile değerlendirildi. P-değerinin 0.05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

5. BULGULAR

Anket çalışmasında yer alan 32 soru katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri ele alınarak her bir soruya dair cevaplar değişkenler bakımından ayrı ayrı değerlendirilecektir.

Tablo.1. Araştırmaya Katılanları Kişisel ve Mesleki Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	108	(79,41)
	Erkek	28	(20,59)
Eğitim	Sağlık Meslek Lisesi	7	(5,15)
	Önlisans	10	(7,35)
	Lisans	95	(69,85)
	Yüksek Lisans	12	(8,82)
	Doktora	12	(8,82)
	Başhekim / Başhekim Yardımcısı	1	(,74)
	Müdür / Müdür Yardımcısı	1	(,74)
	Uzman Hekim	9	(6,62)
Çalıştığınız Pozisyon (Görev Unvanınız)	Sorumlu Hemşire	3	(2,21)
	Hemşire	85	(62,50)
	Ebe	15	(11,03)
	Sağlık Memuru	18	(13,24)
	Fizyoterapist	1	(,74)
	Psikolog	3	(2,21)
	İdari hizmetler	2	(1,47)
	Hekim	9	(6,62)
Unvan	Hekim dışı sağ. per.	125	(91,91)
	Başhekimlik	1	(,74)
	Başhemşirelik	1	(,74)
	Acil Cerrahi Kliniği	4	(2,94)
	Beyin Cerrahi Kliniği	5	(3,68)
	Genel Cerrahi Kliniği	3	(2,21)
	Dahiliye Kliniği	3	(2,21)
	Dermatoloji Kliniği	2	(1,47)
	Endokrin ve Metabolizma Kliniği	2	(1,47)
	Fizik Tedavi Kliniği	2	(1,47)
	Gastroenteroloji Kliniği	4	(2,94)
	Göğüs Cerrahi Kliniği	5	(3,68)
	Göz Kliniği	7	(5,15)
	Hematoloji Kliniği	6	(4,41)
	İntaniye Kliniği	3	(2,21)
	Kadın Doğum Kliniği	10	(7,35)
	Kardiyoloji Kliniği	25	(18,38)
	KBB Kliniği	11	(8,09)
	Nöroloji Kliniği	10	(7,35)
	Ortopedi Kliniği	5	(3,68)
	Özel Servis	15	(11,03)
	Plastik Cerrahi Kliniği	2	(1,47)
	Psikiyatri Kliniği	4	(2,94)
	Romatoloji Kliniği	2	(1,47)
	Üroloji Kliniği	3	(2,21)
	Yanık Kliniği	1	(,74)
	Dahili birimler	78	(57,35)
Görev alanı	İdari birimler	2	(1,47)
	Cerrahi birimler	56	(41,18)
*Yaş		35,99±7,38	37 (22-56)
Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	32	(23,53)
	5-9 yıl	51	(37,50)
	10-14 yıl	29	(21,32)
	15-19 yıl	18	(13,24)

20 yıl ve üzeri	6	(4,41)
*Çalışma süresi (yıl)	8,57±5,29	8 (1-27)
*n yerine ort±ss, % yerine medyan (min-max) değerleri verilmiştir.		

Çalışmaya 108 kadın, 28 erkek olmak üzere 136 kişi katılmıştır. Katılımcıların 7'si Sağlık Meslek Lisesi, 10'u Ön lisans, 95'i Lisans, 12'si Yüksek Lisans ve 12'si ise Doktora mezunudur.

Katılımcıların 1'i Başhekim / Başhekim Yardımcısı, 1'i Müdür / Müdür Yardımcısı, 9'u Uzman Hekim, 3'u Sorumlu Hemşire, 85'i Hemşire, 15'i Ebe, 18'i Sağlık Memuru, 1'i Fizyoterapist ve 3 kişi ise Psikologdur. Hekim dışı sağ. Personeli olan 125, Hekim olan 9 ve İdari hizmetlerden katılan 2 kişi vardır.

Katılımcıların 1'i Başhekimlikte, 1'i Başhemşirelikte, 4 kişi Acil Cerrahi Kliniğinde, 5 kişi Beyin Cerrahi Kliniğinde, 3 kişi Genel Cerrahi Kliniğinde, 3 kişi Dahiliye Kliniğinde, 2 kişi Dermatoloji Kliniğinde, 2 kişi Endokrin ve Metabolizma Kliniğinde, 2 kişi Fizik Tedavi Kliniğinde, 4 kişi Gastroenteroloji Kliniğinde, 5 kişi Göğüs Cerrahi Kliniğinde, 7 kişi Göz Kliniğinde, 6 kişi Hematoloji Kliniğinde, 3 kişi İntaniye Kliniğinde, 10 kişi Kadın Doğum Kliniğinde, 25 kişi Kardiyoloji Kliniğinde, 11 kişi KBB Kliniğinde, 10 kişi Nöroloji Kliniğinde, 5 kişi Ortopedi Kliniğinde, 15 kişi Özel Serviste, 2 kişi Plastik Cerrahi Kliniğinde, 4 kişi Psikiyatri Kliniğinde, 2 kişi Romatoloji Kliniğinde, 3 kişi Üroloji Kliniğinde ve 1 kişi ise Yanık Kliniğinde görev yapmaktadır.

78 kişinin görev alanı Dahili birimler, 2 kişinin görev alanı İdari birimler ve 56 kişinin görev alanı ise Cerrahi birimlerdir. Hizmet süresi 1-4 yıl olan 32, 5-9 yıl olan 51, 10-14 yıl olan 29, 15-19 yıl olan 18 ve 20 yıl ve üzeri olan 6 katılımcı vardır. Katılımcıların ortalama yaşı 35,99±7,38 ve ortalama Çalışma süresi (yıl) 8,57±5,29'dur.

Tablo.2. PDEÖS Öncesine Göre Hizmet Kalitesindeki Değişime İlişkin Katılımcıların Değerlendirmeleri

	Fikrim yok		Çok azaldı		Azaldı		Değişmedi		Arttı		Çok arttı	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastaların muayene için beklediği süre	12	(8,82)	5	(3,68)	36	(26,47)	33	(24,26)	36	(26,47)	14	(10,29)
Hastaların tetkik için beklediği süre	10	(7,35)	2	(1,47)	26	(19,12)	41	(30,15)	43	(31,62)	14	(10,29)
Hastaların hastaneye yatmak için beklediği süre	28	(20,59)	3	(2,21)	22	(16,18)	42	(30,88)	29	(21,32)	12	(8,82)
Hastaların ameliyat olmak için beklediği süre	31	(22,79)	4	(2,94)	21	(15,44)	35	(25,74)	32	(23,53)	13	(9,56)
Hasta başına düşen muayene süresi	11	(8,09)	23	(16,91)	46	(33,82)	35	(25,74)	20	(14,71)	1	(,74)
Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurması	29	(21,32)	4	(2,94)	12	(8,82)	44	(32,35)	37	(27,21)	10	(7,35)
Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfı	24	(17,65)	2	(1,47)	26	(19,12)	34	(25,00)	38	(27,94)	12	(8,82)
Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum sosyo-ekonomik durum) bakımından	11	(8,09)	9	(6,62)	10	(7,35)	65	(47,79)	34	(25,00)	7	(5,15)
Fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi	11	(8,09)	9	(6,62)	10	(7,35)	65	(47,79)	34	(25,00)	7	(5,15)
Hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesi	9	(6,62)	12	(8,82)	34	(25,00)	40	(29,41)	40	(29,41)	1	(,74)
Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu	15	(11,03)	12	(8,82)	25	(18,38)	30	(22,06)	40	(29,41)	14	(10,29)
Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğu (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.)	10	(7,35)	11	(8,09)	23	(16,91)	53	(38,97)	30	(22,06)	9	(6,62)
Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi	8	(5,88)	6	(4,41)	25	(18,38)	59	(43,38)	36	(26,47)	2	(1,47)
Hastaların hizmet almasının kolaylığı	10	(7,35)	11	(8,09)	21	(15,44)	35	(25,74)	58	(42,65)	1	(,74)
Etik olmayan uygulamalar	32	(23,53)	11	(8,09)	15	(11,03)	49	(36,03)	18	(13,24)	11	(8,09)
Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılması	13	(9,56)	5	(3,68)	25	(18,38)	66	(48,53)	22	(16,18)	5	(3,68)
Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem	12	(8,82)	8	(5,88)	13	(9,56)	57	(41,91)	39	(28,68)	7	(5,15)
Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması	10	(7,35)	2	(1,47)	9	(6,62)	64	(47,06)	47	(34,56)	4	(2,94)
Tıbbi hatalar (uygulama hataları)	29	(21,32)	2	(1,47)	26	(19,12)	55	(40,44)	16	(11,76)	8	(5,88)
Komplikasyonlar	34	(25,00)	1	(,74)	34	(25,00)	45	(33,09)	14	(10,29)	8	(5,88)
Hastane kaynaklı enfeksiyonlar	21	(15,44)	0	(,00)	53	(38,97)	38	(27,94)	13	(9,56)	11	(8,09)
Hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamalar	10	(7,35)	4	(2,94)	22	(16,18)	48	(35,29)	43	(31,62)	9	(6,62)
Gereksiz tetkikler	11	(8,09)	0	(,00)	23	(16,91)	32	(23,53)	38	(27,94)	32	(23,53)
Gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller)	21	(15,44)	0	(,00)	23	(16,91)	49	(36,03)	25	(18,38)	18	(13,24)
Hastaların gereksiz yattığı günler (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması)	33	(24,26)	6	(4,41)	18	(13,24)	52	(38,24)	16	(11,76)	11	(8,09)
Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması)	21	(15,44)	2	(1,47)	26	(19,12)	51	(37,50)	32	(23,53)	4	(2,94)
Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleler	34	(25,00)	1	(,74)	26	(19,12)	45	(33,09)	22	(16,18)	8	(5,88)
Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesi	8	(5,88)	6	(4,41)	10	(7,35)	55	(40,44)	51	(37,50)	6	(4,41)
Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesi	10	(7,35)	5	(3,68)	12	(8,82)	49	(36,03)	42	(30,88)	18	(13,24)
Hastalardan gelen şikâyetler	12	(8,82)	1	(,74)	35	(25,74)	40	(29,41)	28	(20,59)	20	(14,71)
Hasta Memnuniyeti	11	(8,09)	16	(11,76)	18	(13,24)	33	(24,26)	51	(37,50)	7	(5,15)
Çalışanlar arasındaki işbirliği	10	(7,35)	14	(10,29)	23	(16,91)	53	(38,97)	24	(17,65)	12	(8,82)
Çalışma isteğiniz	7	(5,15)	33	(24,26)	51	(37,50)	33	(24,26)	10	(7,35)	2	(1,47)

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların muayene için beklediği sürenin azaldığını düşünen 41 arttığını düşünen 50 kişi, hastaların tetkik için beklediği sürenin azaldığını düşünen 28 arttığını düşünen 57 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların hastaneye yatmak için beklediği sürenin azaldığını düşünen 25, arttığını düşünen 41 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların ameliyat olmak için beklediği sürenin azaldığını düşünen 25, arttığını düşünen 45 kişi, hasta başına düşen muayene süresinin azaldığını düşünen 69, arttığını düşünen 21 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurmasının azaldığını düşünen 16 kişi, arttığını düşünen 47 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb.) israfının azaldığını düşünen 28, arttığını düşünen 50 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesinin azaldığını düşünen 19, arttığını düşünen 41 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesinin azaldığını düşünen 46, arttığını düşünen 41 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumunun azaldığını düşünen 37, arttığını düşünen 54 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğunun (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.) azaldığını düşünen 34, arttığını düşünen 39 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesinin azaldığını düşünen 31, arttığını düşünen 38 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların hizmet almasının kolaylığının azaldığını düşünen 32, arttığını düşünen 59 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik olmayan uygulamaların azaldığını düşünen 26, arttığını düşünen 29 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre

Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılmasının azaldığını düşünen 30, arttığını düşünen 27 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önemin azaldığını düşünen 21, arttığını düşünen 46 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulmasının azaldığını düşünen 11,arttığını düşünen 51 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Tıbbi hataların (uygulama hataları) azaldığını düşünen 28, arttığını düşünen 24 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Komplikasyonların azaldığını düşünen 35, arttığını düşünen 22 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastane kaynaklı enfeksiyonların azaldığını düşünen 53, arttığını düşünen 24 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamaların azaldığını düşünen 26, arttığını düşünen 52 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz tetkiklerin azaldığını düşünen 23, arttığını düşünen 70 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz yatışların(hastaneye kabuller) azaldığını düşünen 23, arttığını düşünen 43 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların gereksiz yattığı günlerin (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması) azaldığını düşünen 24, arttığını düşünen 27 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesinin (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması) azaldığını düşünen 28, arttığını düşünen 36 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahalelerin azaldığını düşünen 27, arttığını düşünen 30 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesinin azaldığını düşünen 16, arttığını düşünen 57 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesinin azaldığını düşünen 17, arttığını düşünen 60 kişi vardır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalardan gelen şikâyetlerin azaldığını düşünen 36, arttığını düşünen 48 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Memnuniyetinin azaldığını düşünen 34, arttığını düşünen 58 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar arasındaki işbirliğinin azaldığını düşünen 37, arttığını düşünen 36 kişi vardır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışma isteğinin azaldığını düşünen 84, arttığını düşünen 12 kişi vardır.

Tablo.3. PDEÖS Öncesine Göre Hizmet Kalitesine Yönelik Katılımcıların Değerlendirmeleri

	Azaldı		Değişmedi		Arttı	
	n	%	n	%	n	%
Hastaların muayene için beklediği süre	41	(33,06)	33	(26,61)	50	(40,32)
Hastaların tetkik için beklediği süre	28	(22,22)	41	(32,54)	57	(45,24)
Hastaların hastaneye yatmak için beklediği süre	25	(23,15)	42	(38,89)	41	(37,96)
Hastaların ameliyat olmak için beklediği süre	25	(23,81)	35	(33,33)	45	(42,86)
Hasta başına düşen muayene süresi	69	(55,20)	35	(28,00)	21	(16,80)
Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurması	16	(14,95)	44	(41,12)	47	(43,93)
Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfı	28	(25,00)	34	(30,36)	50	(44,64)
Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum sosyo-ekonomik durum) bakımından	19	(15,20)	65	(52,00)	41	(32,80)
fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi	46	(36,22)	40	(31,50)	41	(32,28)
Hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesi	37	(30,58)	30	(24,79)	54	(44,63)
Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu	34	(26,98)	53	(42,06)	39	(30,95)
Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğu (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.)	31	(24,22)	59	(46,09)	38	(29,69)
Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi	32	(25,40)	35	(27,78)	59	(46,83)
Hastaların hizmet almasının kolaylığı	26	(25,00)	49	(47,12)	29	(27,88)
Etik olmayan uygulamalar	30	(24,39)	66	(53,66)	27	(21,95)
Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılması	21	(16,94)	57	(45,97)	46	(37,10)
Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem	11	(8,73)	64	(50,79)	51	(40,48)
Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması	28	(26,17)	55	(51,40)	24	(22,43)
Tıbbi hatalar (uygulama hataları)	35	(34,31)	45	(44,12)	22	(21,57)
Komplikasyonlar	53	(46,09)	38	(33,04)	24	(20,87)
Hastane kaynaklı enfeksiyonlar	26	(20,63)	48	(38,10)	52	(41,27)
Hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamalar	23	(18,40)	32	(25,60)	70	(56,00)
Gereksiz tetkikler	23	(20,00)	49	(42,61)	43	(37,39)
Gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller)	24	(23,30)	52	(50,49)	27	(26,21)
Hastaların gereksiz yattığı günler (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması)	28	(24,35)	51	(44,35)	36	(31,30)
Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması)	27	(26,47)	45	(44,12)	30	(29,41)
Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleler	16	(12,50)	55	(42,97)	57	(44,53)
Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesi	17	(13,49)	49	(38,89)	60	(47,62)
Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesi	36	(29,03)	40	(32,26)	48	(38,71)
Hastalardan gelen şikâyetler	34	(27,20)	33	(26,40)	58	(46,40)
Hasta Memnuniyeti	37	(29,37)	53	(42,06)	36	(28,57)
Çalışanlar arasındaki işbirliği	84	(65,12)	33	(25,58)	12	(9,30)
Çalışma isteğininiz						

Tablo.4. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Süre

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	13,360	0,010
	Hekim	7	(77,78)	1	(11,11)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	32	(28,32)	32	(28,32)	49	(43,36)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	11,551	0,021
	Dahili birimler	19	(27,94)	25	(36,76)	24	(35,29)		
	Cerrahi birimler	20	(37,04)	8	(14,81)	26	(48,15)		
Cinsiyet	Kadın	29	(29,90)	27	(27,84)	41	(42,27)	2,020	0,364
	Erkek	12	(44,44)	6	(22,22)	9	(33,33)		
	1-4 yıl	7	(26,92)	8	(30,77)	11	(42,31)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	17	(36,17)	10	(21,28)	20	(42,55)	3,441	0,904
	10-14 yıl	9	(32,14)	9	(32,14)	10	(35,71)		
	15-19 yıl	5	(29,41)	4	(23,53)	8	(47,06)		
	20 yıl ve üzeri	3	(50,00)	2	(33,33)	1	(16,67)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Süre değişimleri karşılaştırılmıştır. Hekim dışı sağ. Personellerine göre PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı hekim ve idari hizmet çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Görev alanı Cerrahi birimler olanların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve İdari birimler görev alanında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo.5. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tetkik İçin Beklediği Süre

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	14,944	0,005
	Hekim	5	(55,56)	3	(33,33)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	21	(18,26)	38	(33,04)	56	(48,70)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	11,448	0,022
	Dahili birimler	15	(21,43)	28	(40,00)	27	(38,57)		
	Cerrahi birimler	11	(20,37)	13	(24,07)	30	(55,56)		
Cinsiyet	Kadın	20	(20,20)	33	(33,33)	46	(46,46)	1,092	0,579
	Erkek	8	(29,63)	8	(29,63)	11	(40,74)		
	1-4 yıl	6	(23,08)	7	(26,92)	13	(50,00)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	13	(27,08)	12	(25,00)	23	(47,92)	7,301	0,504
	10-14 yıl	3	(10,34)	14	(48,28)	12	(41,38)		
	15-19 yıl	5	(29,41)	5	(29,41)	7	(41,18)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	3	(50,00)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tetkik İçin Beklediği Süre değişimleri karşılaştırılmıştır. Hekim dışı sağ. Personellerine göre PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tetkik İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı hekim ve idari hizmet çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Görev alanı Cerrahi birimler olanların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Muayene İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve İdari birimler görev alanında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo.6. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Süre

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	18,092	0,001
	Hekim	6	(66,67)	2	(22,22)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	17	(17,53)	40	(41,24)	40	(41,24)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	14,379	0,006
	Dahili birimler	11	(18,03)	31	(50,82)	19	(31,15)		
	Cerrahi birimler	12	(26,67)	11	(24,44)	22	(48,89)		
Cinsiyet	Kadın	14	(17,28)	35	(43,21)	32	(39,51)	6,572	0,037
	Erkek	11	(40,74)	7	(25,93)	9	(33,33)		
	1-4 yıl	5	(23,81)	8	(38,10)	8	(38,10)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	11	(26,19)	15	(35,71)	16	(38,10)	3,570	0894
	10-14 yıl	3	(12,50)	10	(41,67)	11	(45,83)		
	15-19 yıl	5	(31,25)	6	(37,50)	5	(31,25)		
	20 yıl ve üzeri	1	(20,00)	3	(60,00)	1	(20,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Süre değişimleri karşılaştırılmıştır. . Hekim dışı sağ. Personellerine göre PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı hekim ve idari hizmet çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Görev alanı Cerrahi birimler olanların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve İdari birimler görev alanında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın katılımcıların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hastaneye Yatmak İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı erkek katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo.7. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Ameliyat Olmak İçin Beklediği Süre

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	17,517	0,002
	Hekim	6	(66,67)	2	(22,22)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	17	(18,09)	33	(35,11)	44	(46,81)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	11,414	0,022
	Dahili birimler	10	(16,95)	25	(42,37)	24	(40,68)		
	Cerrahi birimler	13	(29,55)	10	(22,73)	21	(47,73)		
Cinsiyet	Kadın	16	(20,25)	29	(36,71)	34	(43,04)	2,788	0,248
	Erkek	9	(34,62)	6	(23,08)	11	(42,31)		
	1-4 yıl	4	(19,05)	9	(42,86)	8	(38,10)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	10	(25,64)	13	(33,33)	16	(41,03)	3,228	0,919
	10-14 yıl	5	(20,83)	7	(29,17)	12	(50,00)		
	15-19 yıl	4	(25,00)	4	(25,00)	8	(50,00)		
	20 yıl ve üzeri	2	(40,00)	2	(40,00)	1	(20,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların ameliyat olmak için Beklediği Süre değişimleri karşılaştırılmıştır. Hekim dışı sağ. Personellerine göre PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Ameliyat Olmak İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı hekim ve idari hizmet çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Görev alanı Cerrahi birimler olanların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Ameliyat Olmak İçin Beklediği Sürenin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve İdari birimler görev alanında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo.8. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Başına Düşen Muayene Süresi

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	12,039	0,017
	Hekim	3	(33,33)	1	(11,11)	5	(55,56)		
	Hekim dışı sağ. per.	64	(56,14)	34	(29,82)	16	(14,04)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	10,823	0,029
	Dahili birimler	33	(47,83)	27	(39,13)	9	(13,04)		
	Cerrahi birimler	34	(62,96)	8	(14,81)	12	(22,22)		
Cinsiyet	Kadın	53	(54,08)	30	(30,61)	15	(15,31)	1,811	0,404
	Erkek	16	(59,26)	5	(18,52)	6	(22,22)		
	1-4 yıl	12	(48,00)	11	(44,00)	2	(8,00)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	30	(62,50)	9	(18,75)	9	(18,75)	8,733	0,365
	10-14 yıl	15	(51,72)	10	(34,48)	4	(13,79)		
	15-19 yıl	9	(52,94)	3	(17,65)	5	(29,41)		
	20 yıl ve üzeri	3	(50,00)	2	(33,33)	1	(16,67)		

Ki-Kare Testi

Hekimlerin PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Başına Düşen Muayene Süresinin arttığını düşünme oranı Hekim dışı sağ. Personellerine ve idari hizmet çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Görev alanı Cerrahi birimler olanların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Başına Düşen Muayene Süresinin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve İdari birimler görev alanında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo.9. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık Hizmeti Sunanların Tetkik ve Tedavilerde Maliyetleri de Göz Önünde Bulundurması

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	5,026	0,285
	Hekim	0	(,00)	5	(55,56)	4	(44,44)		
	Hekim dışı sağ. per.	16	(16,67)	37	(38,54)	43	(44,79)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	7,567	0,109
	Dahili birimler	10	(16,39)	29	(47,54)	22	(36,07)		
	Cerrahi birimler	6	(13,64)	13	(29,55)	25	(56,82)		
Cinsiyet	Kadın	13	(15,85)	33	(40,24)	36	(43,90)	0,256	0,880
	Erkek	3	(12,00)	11	(44,00)	11	(44,00)		
	1-4 yıl	2	(8,70)	16	(69,57)	5	(21,74)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	5	(13,16)	11	(28,95)	22	(57,89)	15,235	0,055
	10-14 yıl	5	(20,83)	8	(33,33)	11	(45,83)		
	15-19 yıl	4	(25,00)	5	(31,25)	7	(43,75)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	4	(66,67)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık Hizmeti Sunanların Tetkik ve Tedavilerde Maliyetleri de Göz Önünde Bulundurma değişimleri karşılaştırılmıştır ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.10. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfı

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	N	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	9,263	0,055
	Hekim	2	(22,22)	5	(55,56)	2	(22,22)		
	Hekim dışı sağ. per.	24	(23,76)	29	(28,71)	48	(47,52)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	6,937	0,139
	Dahili birimler	13	(20,63)	21	(33,33)	29	(46,03)		
	Cerrahi birimler	13	(27,66)	13	(27,66)	21	(44,68)		
Cinsiyet	Kadın	22	(25,58)	25	(29,07)	39	(45,35)	0,294	0,863
	Erkek	6	(23,08)	9	(34,62)	11	(42,31)		
	1-4 yıl	8	(36,36)	5	(22,73)	9	(40,91)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	12	(28,57)	11	(26,19)	19	(45,24)	7,911	0,442
	10-14 yıl	5	(19,23)	9	(34,62)	12	(46,15)		
	15-19 yıl	2	(12,50)	5	(31,25)	9	(56,25)		

20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	4	(66,67)	1	(16,67)
-----------------	---	---------	---	---------	---	---------

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israf değişimleri karşılaştırılmıştır ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.11. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel Özellikler (Cinsiyet, Etnik Durum Sosyo-Ekonomik Durum) Bakımından Fark Gözetilmeksizin, Bütün Hastalara Aynı Kalitede Hizmet Verilmesi

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	N	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	13,723	0,008
	Hekim	0	(,00)	2	(22,22)	7	(77,78)		
	Hekim dışı sağ. per.	19	(16,67)	63	(55,26)	32	(28,07)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	14,943	0,005
	Dahili birimler	8	(11,43)	46	(65,71)	16	(22,86)		
	Cerrahi birimler	11	(20,75)	19	(35,85)	23	(43,40)		
Cinsiyet	Kadın	12	(12,24)	55	(56,12)	31	(31,63)	4,278	0,188
	Erkek	7	(25,93)	10	(37,04)	10	(37,04)		
	1-4 yıl	5	(19,23)	14	(53,85)	7	(26,92)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	6	(12,77)	26	(55,32)	15	(31,91)	1,643	0,990
	10-14 yıl	5	(17,24)	13	(44,83)	11	(37,93)		
	15-19 yıl	2	(11,76)	9	(52,94)	6	(35,29)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	3	(50,00)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel Özellikler (Cinsiyet, Etnik Durum Sosyo-Ekonomik Durum) Bakımından Fark Gözetilmeksizin, Bütün Hastalara Aynı Kalitede Hizmet Verilmesi değişimleri karşılaştırılmıştır. İdari hizmetler çalışanlarının PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel Özellikler (Cinsiyet, Etnik Durum Sosyo-Ekonomik Durum) Bakımından Fark Gözetilmeksizin, Bütün Hastalara Aynı Kalitede Hizmet Verilmesinin arttığını düşünme oranı hekim ve Hekim dışı sağ. Personellerine göre daha yüksektir. Görev alanı İdari birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel Özellikler (Cinsiyet, Etnik Durum Sosyo-Ekonomik Durum) Bakımından Fark Gözetilmeksizin, Bütün Hastalara Aynı Kalitede Hizmet Verilmesinin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve Cerrahi birimler alanında olanlara göre daha yüksektir.

Tablo.12. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalar Ve Sağlık Hizmeti Sunan Kişiler Arasındaki İlişkinin Kalitesi

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	9,954	0,041
	Hekim	2	(22,22)	1	(11,11)	6	(66,67)		
	Hekim dışı sağ. per.	44	(37,93)	39	(33,62)	33	(28,45)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	7,901	0,095
	Dahili birimler	26	(36,62)	27	(38,03)	18	(25,35)		
	Cerrahi birimler	20	(37,04)	13	(24,07)	21	(38,89)		
Cinsiyet	Kadın	34	(34,34)	32	(32,32)	33	(33,33)	0,688	0,709
	Erkek	12	(42,86)	8	(28,57)	8	(28,57)		
	1-4 yıl	10	(37,04)	9	(33,33)	8	(29,63)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	19	(39,58)	14	(29,17)	15	(31,25)	2,931	0,939
	10-14 yıl	10	(34,48)	11	(37,93)	8	(27,59)		
	15-19 yıl	6	(35,29)	4	(23,53)	7	(41,18)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	2	(33,33)	3	(50,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalar Ve Sağlık Hizmeti Sunan Kişiler Arasındaki İlişkinin Kalitesi değişimleri karşılaştırılmıştır. İdari hizmet çalışanlarında PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalar Ve Sağlık Hizmeti Sunan Kişiler Arasındaki İlişkinin Kalitesinin arttığını düşünme oranı Hekim ve Hekim dışı sağ. Personellerine göre daha yüksektir.

Tablo.13. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hekimle Olan İletişimde Soruları Rahatça Sorma ve Sorularına Cevap Bulma Durumu

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	4,360	0,359
	Hekim	1	(11,11)	3	(33,33)	5	(55,56)		
	Hekim dışı sağ. per.	36	(32,73)	27	(24,55)	47	(42,73)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	4,768	0,312
	Dahili birimler	18	(26,47)	20	(29,41)	30	(44,12)		
	Cerrahi birimler	19	(37,25)	10	(19,61)	22	(43,14)		
Cinsiyet	Kadın	24	(25,53)	24	(25,53)	46	(48,94)	5,353	0,069
	Erkek	13	(48,15)	6	(22,22)	8	(29,63)		
	1-4 yıl	7	(26,92)	8	(30,77)	11	(42,31)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	16	(35,56)	8	(17,78)	21	(46,67)	8,848	0,355
	10-14 yıl	8	(28,57)	6	(21,43)	14	(50,00)		
	15-19 yıl	6	(37,50)	4	(25,00)	6	(37,50)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	4	(66,67)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hekimle Olan İletişimde Soruları

Rahatça Sorma ve Sorularına Cevap Bulma Durum değişimleri karşılaştırılmıştır ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.14. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hizmet Sunulan Ortamın Fiziki Şartlarının Uygunluğu (Mahremiyet, Rahatlık, Temizlik, Vb.)

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	5,543	0,236
	Hekim	2	(22,22)	2	(22,22)	5	(55,56)		
	Hekim dışı sağ. per.	32	(27,83)	49	(42,61)	34	(29,57)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	2,991	0,559
	Dahili birimler	20	(28,57)	29	(41,43)	21	(30,00)		
	Cerrahi birimler	14	(25,93)	22	(40,74)	18	(33,33)		
Cinsiyet	Kadın	25	(25,25)	43	(43,43)	31	(31,31)	0,739	0,691
	Erkek	9	(33,33)	10	(37,04)	8	(29,63)		
Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	6	(24,00)	12	(48,00)	7	(28,00)	4,549	0,8044
	5-9 yıl	16	(32,65)	17	(34,69)	16	(32,65)		
	10-14 yıl	7	(24,14)	14	(48,28)	8	(27,59)		
	15-19 yıl	5	(29,41)	7	(41,18)	5	(29,41)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	3	(50,00)	3	(50,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hizmet Sunulan Ortamın Fiziki Şartlarının Uygunluğu (Mahremiyet, Rahatlık, Temizlik, Vb.) değişimleri karşılaştırılmıştır ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.15. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanenin Mevcut Koşulları Altında, Hastalara İhtiyacı Olan Hizmetlerin Verilme Derecesi

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	12,255	0,016
	Hekim	2	(22,22)	1	(11,11)	6	(66,67)		
	Hekim dışı sağ. per.	29	(24,79)	58	(49,57)	30	(25,64)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	7,564	0,109
	Dahili birimler	17	(23,61)	38	(52,78)	17	(23,61)		
	Cerrahi birimler	14	(25,93)	21	(38,89)	19	(35,19)		
Cinsiyet	Kadın	23	(23,00)	48	(48,00)	29	(29,00)	0,714	0,700
	Erkek	8	(28,57)	11	(39,29)	9	(32,14)		
Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	7	(25,93)	13	(48,15)	7	(25,93)	2,672	0,953
	5-9 yıl	13	(26,53)	24	(48,98)	12	(24,49)		
	10-14 yıl	6	(20,69)	13	(44,83)	10	(34,48)		
	15-19 yıl	4	(23,53)	7	(41,18)	6	(35,29)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	2	(33,33)	3	(50,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanenin Mevcut Koşulları Altında, Hastalara İhtiyacı Olan Hizmetlerin Verilme Derecesi değişimleri karşılaştırılmıştır. İdari hizmet çalışanlarına göre DEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanenin Mevcut Koşulları Altında, Hastalara İhtiyacı Olan Hizmetlerin Verilme derecesinin arttığını düşünme oranı Hekim ve Hekim dışı sağlık personellerine göre daha yüksektir.

Tablo.16. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hizmet Almasının Kolaylığı

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	4,268	0,371
	Hekim	2	(22,22)	1	(11,11)	6	(66,67)		
	Hekim dışı sağ. per.	30	(26,09)	34	(29,57)	51	(44,35)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	6,922	0,140
	Dahili birimler	17	(24,29)	25	(35,71)	28	(40,00)		
	Cerrahi birimler	15	(27,78)	10	(18,52)	29	(53,70)		
Cinsiyet	Kadın	23	(23,23)	30	(30,30)	46	(46,46)	1,926	0,382
	Erkek	9	(33,33)	5	(18,52)	13	(48,15)		
Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	5	(19,23)	7	(26,92)	14	(53,85)	4,515	0,808
	5-9 yıl	15	(30,61)	12	(24,49)	22	(44,90)		
	10-14 yıl	6	(21,43)	7	(25,00)	15	(53,57)		
	15-19 yıl	5	(29,41)	7	(41,18)	5	(29,41)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	2	(33,33)	3	(50,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Hizmet Almasının Kolaylığına yönelik değişim incelenmiştir ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.17. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik Olmayan Uygulamalar

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	7,677	0,104
	Hekim	3	(33,33)	5	(55,56)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	21	(22,58)	44	(47,31)	28	(30,11)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	9,648	0,047
	Dahili birimler	12	(20,34)	33	(55,93)	14	(23,73)		
	Cerrahi birimler	12	(27,91)	16	(37,21)	15	(34,88)		
Cinsiyet	Kadın	19	(24,36)	38	(48,72)	21	(26,92)	0,325	0,850
	Erkek	7	(26,92)	11	(42,31)	8	(30,77)		
Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	6	(26,09)	13	(56,52)	4	(17,39)	4,019	0,855
	5-9 yıl	10	(26,32)	15	(39,47)	13	(34,21)		
	10-14 yıl	5	(20,83)	11	(45,83)	8	(33,33)		
	15-19 yıl	3	(21,43)	8	(57,14)	3	(21,43)		
	20 yıl ve üzeri	2	(40,00)	2	(40,00)	1	(20,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik Olmayan Uygulamalardaki değişimler karşılaştırılmıştır. Görev alanı Cerrahi birimler olanların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik Olmayan Uygulamaların arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve İdari birimlerde olanlara göre daha yüksektir.

Tablo.18. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Değerlendirmelerinin ve Tedavilerinin Doğru Şekilde Yapılması

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	9,230	0,056
	Hekim	0	(,00)	4	(44,44)	5	(55,56)		
	Hekim dışı sağ. per.	30	(26,79)	60	(53,57)	22	(19,64)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	9,058	0,060
	Dahili birimler	16	(23,19)	43	(62,32)	10	(14,49)		
	Cerrahi birimler	14	(26,92)	21	(40,38)	17	(32,69)		
Cinsiyet	Kadın	20	(21,05)	54	(56,84)	21	(22,11)	2,699	0,259
	Erkek	10	(35,71)	12	(42,86)	6	(21,43)		
	1-4 yıl	7	(26,92)	16	(61,54)	3	(11,54)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	13	(27,08)	23	(47,92)	12	(25,00)	8,583	0,379
	10-14 yıl	7	(25,00)	13	(46,43)	8	(28,57)		
	15-19 yıl	3	(20,00)	8	(53,33)	4	(26,67)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	6	(100,00)	0	(,00)		
Ki-Kare Testi									

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Değerlendirmelerinin ve Tedavilerinin Doğru Şekilde Yapılmasına yönelik değişimler karşılaştırılmıştır ve herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.19. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu Hizmetler ile Erken Teşhis ve Tedavi Hizmetlerine Verilen Önem

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	10,973	0,027
	Hekim	0	(,00)	2	(22,22)	7	(77,78)		
	Hekim dışı sağ. per.	21	(18,58)	55	(48,67)	37	(32,74)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	5,835	0,212
	Dahili birimler	12	(17,39)	36	(52,17)	21	(30,43)		
	Cerrahi birimler	9	(16,98)	21	(39,62)	23	(43,40)		
Cinsiyet	Kadın	14	(14,29)	51	(52,04)	33	(33,67)	7,7164	0,028
	Erkek	7	(26,92)	6	(23,08)	13	(50,00)		
	1-4 yıl	3	(12,00)	15	(60,00)	7	(28,00)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	7	(14,58)	24	(50,00)	17	(35,42)	6,486	0,593
	10-14 yıl	6	(21,43)	11	(39,29)	11	(39,29)		

15-19 yıl	4	(23,53)	4	(23,53)	9	(52,94)
20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	3	(50,00)	2	(33,33)

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu Hizmetler ile Erken Teşhis ve Tedavi Hizmetlerine Verilen Önemin değişimi karşılaştırılmıştır. İdari hizmet çalışanlarında PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu Hizmetler ile Erken Teşhis ve Tedavi Hizmetlerine Verilen Önemin arttığını düşünme oranı Hekimlere ve Hekim dışı sağ. Personellerine göre daha yüksektir. Erkek katılımcılarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu Hizmetler ile Erken Teşhis ve Tedavi Hizmetlerine Verilen Önemin arttığını düşünme oranı kadın katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo.20. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tıbbi Kayıtlarının Eksiksiz ve Doğru Olarak Tutulması

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	2,929	0,570
	Hekim	0	(,00)	5	(55,56)	4	(44,44)		
	Hekim dışı sağ. per.	11	(9,57)	57	(49,57)	47	(40,87)		
	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)		
Görev alanı	Dahili birimler	5	(7,14)	38	(54,29)	27	(38,57)	3,360	0,500
	Cerrahi birimler	6	(11,11)	24	(44,44)	24	(44,44)		
	Kadın	7	(7,07)	50	(50,51)	42	(42,42)		
Cinsiyet	Erkek	4	(14,81)	14	(51,85)	9	(33,33)	1,898	0,387
	1-4 yıl	4	(15,38)	14	(53,85)	8	(30,77)		
	5-9 yıl	4	(8,16)	25	(51,02)	20	(40,82)		
Hizmet süresi (yıl)	10-14 yıl	1	(3,57)	13	(46,43)	14	(50,00)	8,810	0,359
	15-19 yıl	1	(5,88)	7	(41,18)	9	(52,94)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	5	(83,33)	0	(,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tıbbi Kayıtlarının Eksiksiz ve Doğru Olarak Tutulması değişimi karşılaştırılmıştır ve anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.21. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Tıbbi Hatalar (Uygulama Hataları)

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	2,052	0,726
	Hekim	2	(22,22)	5	(55,56)	2	(22,22)		
	Hekim dışı sağ. per.	26	(27,08)	48	(50,00)	22	(22,92)		
	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)		
Görev alanı	Dahili birimler	11	(18,03)	37	(60,66)	13	(21,31)	9,163	0,057

	Cerrahi birimler	17	(38,64)	16	(36,36)	11	(25,00)		
Cinsiyet	Kadın	21	(26,25)	43	(53,75)	16	(20,00)	1,175	0,556
	Erkek	7	(25,93)	12	(44,44)	8	(29,63)		
	1-4 yıl	5	(21,74)	10	(43,48)	8	(34,78)		
	5-9 yıl	12	(29,27)	22	(53,66)	7	(17,07)		
Hizmet süresi (yıl)	10-14 yıl	7	(29,17)	14	(58,33)	3	(12,50)	6,629	0,577
	15-19 yıl	4	(28,57)	6	(42,86)	4	(28,57)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	3	(60,00)	2	(40,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Tıbbi Hatalar (Uygulama Hataları) değişimi karşılaştırılmıştır ve anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.22. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Komplikasyonlar

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	4,827	0,306
	Hekim	4	(44,44)	4	(44,44)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	29	(31,87)	41	(45,05)	21	(23,08)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	21,274	<0,001
	Dahili birimler	10	(17,54)	35	(61,40)	12	(21,05)		
	Cerrahi birimler	23	(53,49)	10	(23,26)	10	(23,26)		
Cinsiyet	Kadın	26	(33,77)	36	(46,75)	15	(19,48)	1,157	0,561
	Erkek	9	(36,00)	9	(36,00)	7	(28,00)		
	1-4 yıl	7	(31,82)	9	(40,91)	6	(27,27)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	12	(31,58)	18	(47,37)	8	(21,05)	2,058	0,979
	10-14 yıl	9	(39,13)	10	(43,48)	4	(17,39)		
	15-19 yıl	6	(42,86)	5	(35,71)	3	(21,43)		
	20 yıl ve üzeri	1	(20,00)	3	(60,00)	1	(20,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Komplikasyon değişimleri karşılaştırılmıştır. Görev alanı Cerrahi birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Komplikasyonların arttığını düşünme oranı İdari birimler ve Dahili birimlerde görev yapanlara göre daha yüksektir.

Tablo.23. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	3,209	0,523
	Hekim	4	(44,44)	4	(44,44)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	47	(45,19)	34	(32,69)	23	(22,12)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	16,611	0,002
	Dahili birimler	20	(30,30)	29	(43,94)	17	(25,76)		
	Cerrahi birimler	31	(65,96)	9	(19,15)	7	(14,89)		

Cinsiyet	Kadın	44	(48,35)	29	(31,87)	18	(19,78)	0,915	0,633
	Erkek	9	(37,50)	9	(37,50)	6	(25,00)		
	1-4 yıl	11	(42,31)	8	(30,77)	7	(26,92)		
	5-9 yıl	22	(50,00)	14	(31,82)	8	(18,18)		
Hizmet süresi (yıl)	10-14 yıl	11	(44,00)	10	(40,00)	4	(16,00)	5,643	0,687
	15-19 yıl	7	(46,67)	3	(20,00)	5	(33,33)		
	20 yıl ve üzeri	2	(40,00)	3	(60,00)	0	(,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastane Kaynaklı Enfeksiyon değişimleri karşılaştırılmıştır. Görev alanı Dahili birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastane Kaynaklı Enfeksiyonların arttığını düşünme oranı İdari birimler ve Cerrahi birimlerde görev yapanlara göre daha yüksektir.

Tablo.24. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Güvenliğini Artıran, Hataları Azaltan Uygulamalar

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	4,138	0,388
	Hekim	2	(22,22)	2	(22,22)	5	(55,56)		
	Hekim dışı sağ. per.	24	(20,87)	46	(40,00)	45	(39,13)		
	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)		
Görev alanı	Dahili birimler	13	(18,31)	34	(47,89)	24	(33,80)	8,844	0,065
	Cerrahi birimler	13	(24,53)	14	(26,42)	26	(49,06)		
	Kadın	17	(17,17)	37	(37,37)	45	(45,45)	4,709	0,095
Cinsiyet	Erkek	9	(33,33)	11	(40,74)	7	(25,93)		
	1-4 yıl	7	(25,93)	11	(40,74)	9	(33,33)		
	5-9 yıl	10	(20,41)	20	(40,82)	19	(38,78)		
Hizmet süresi (yıl)	10-14 yıl	7	(25,93)	10	(37,04)	10	(37,04)	10,160	0,254
	15-19 yıl	2	(11,76)	3	(17,65)	12	(70,59)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	4	(66,67)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Güvenliğini Artıran, Hataları Azaltan Uygulamalardaki değişimler ile karşılaştırılmıştır ve anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.25. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Tetkikler

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	14,080	0,007
	Hekim	4	(44,44)	1	(11,11)	4	(44,44)		
	Hekim dışı sağ. per.	17	(14,91)	31	(27,19)	66	(57,89)		
	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	22,140	<0,001
Görev alanı	Dahili birimler	5	(7,14)	24	(34,29)	41	(58,57)		

	Cerrahi birimler	16	(30,19)	8	(15,09)	29	(54,72)		
Cinsiyet	Kadın	17	(17,35)	25	(25,51)	56	(57,14)	0,381	0,827
	Erkek	6	(22,22)	7	(25,93)	14	(51,85)		
	1-4 yıl	3	(12,00)	8	(32,00)	14	(56,00)		
	5-9 yıl	8	(16,33)	11	(22,45)	30	(61,22)		
Hizmet süresi (yıl)	10-14 yıl	7	(25,00)	7	(25,00)	14	(50,00)	4,990	0,759
	15-19 yıl	4	(23,53)	3	(17,65)	10	(58,82)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	3	(50,00)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Tetkik değişiklikleri karşılaştırılmıştır. Hekim dışı sağ. Personellerinin PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Tetkiklerin arttığını düşünme oranı hekimlere ve idari hizmet çalışanlarına göre daha yüksektir. Görev alanı Dahili birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Tetkiklerin arttığını düşünme oranı İdari birimler ve Cerrahi birimlerde olanlara göre daha yüksektir.

Tablo.26. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Yatışlar (Hastaneye Kabuller)

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	12,735	0,013
	Hekim	2	(22,22)	1	(11,11)	6	(66,67)		
	Hekim dışı sağ. per.	19	(18,27)	48	(46,15)	37	(35,58)		
Görev alanı	İdari birimler	2	(100,00)	0	(,00)	0	(,00)	16,541	0,002
	Dahili birimler	6	(9,23)	31	(47,69)	28	(43,08)		
	Cerrahi birimler	15	(31,25)	18	(37,50)	15	(31,25)		
Cinsiyet	Kadın	19	(21,35)	41	(46,07)	29	(32,58)	3,896	0,143
	Erkek	4	(15,38)	8	(30,77)	14	(53,85)		
	1-4 yıl	3	(12,00)	9	(36,00)	13	(52,00)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	9	(19,57)	23	(50,00)	14	(30,43)	6,416	0,601
	10-14 yıl	6	(25,00)	10	(41,67)	8	(33,33)		
	15-19 yıl	4	(26,67)	4	(26,67)	7	(46,67)		
	20 yıl ve üzeri	1	(20,00)	3	(60,00)	1	(20,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Yatışlardaki (Hastaneye Kabuller) değişimler karşılaştırılmıştır. Hekimlerin PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Yatışlarda (Hastaneye Kabuller) artış olduğunu düşünme oranı İdari hizmetler ve Hekim dışı sağ. Personellerine göre daha yüksektir. Görev alanı Dahili birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz Yatışlarda

(Hastaneye Kabuller) artış olduğunu düşünme oranı İdari birimler ve Cerrahi birimlerde olanlara göre daha yüksektir.

Tablo.27. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Gereksiz Yattığı Günler (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Uzun Olması)

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	4,784	0,310
	Hekim	4	(44,44)	4	(44,44)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	20	(21,74)	46	(50,00)	26	(28,26)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	16,725	0,002
	Dahili birimler	6	(10,17)	34	(57,63)	19	(32,20)		
	Cerrahi birimler	18	(42,86)	16	(38,10)	8	(19,05)		
Cinsiyet	Kadın	19	(24,68)	38	(49,35)	20	(25,97)	0,332	0,847
	Erkek	5	(19,23)	14	(53,85)	7	(26,92)		
	1-4 yıl	1	(4,35)	11	(47,83)	11	(47,83)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	11	(28,95)	20	(52,63)	7	(18,42)	12,376	0,135
	10-14 yıl	7	(30,43)	11	(47,83)	5	(21,74)		
	15-19 yıl	4	(28,57)	6	(42,86)	4	(28,57)		
	20 yıl ve üzeri	1	(20,00)	4	(80,00)	0	(,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Gereksiz Yattığı Günlerdeki (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Uzun Olması) değişimler karşılaştırılmıştır. Görev alanı Dahili birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Gereksiz Yattığı Günlerde artış olduğunu düşünme oranı İdari birimler ve Cerrahi birimlerde olanlara göre daha yüksektir.

Tablo.28. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanın Gereğinden Daha Kısa Sürede Taburcu Edilmesi (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Kısa Olması)

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	3,297	0,509
	Hekim	2	(22,22)	3	(33,33)	4	(44,44)		
	Hekim dışı sağ. per.	26	(25,00)	46	(44,23)	32	(30,77)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	8,061	0,089
	Dahili birimler	15	(23,08)	34	(52,31)	16	(24,62)		
	Cerrahi birimler	13	(27,08)	15	(31,25)	20	(41,67)		
Cinsiyet	Kadın	20	(22,47)	40	(44,94)	29	(32,58)	0,806	0,668
	Erkek	8	(30,77)	11	(42,31)	7	(26,92)		
	1-4 yıl	6	(24,00)	14	(56,00)	5	(20,00)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	13	(28,89)	15	(33,33)	17	(37,78)	9,046	0,338
	10-14 yıl	7	(28,00)	13	(52,00)	5	(20,00)		
	15-19 yıl	2	(13,33)	6	(40,00)	7	(46,67)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	3	(60,00)	2	(40,00)		

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanın Gereğinden Daha Kısa Sürede Taburcu Edilme (Hastanın Yatış Süresinin Gereğinden Kısa Olması) değişimi karşılaştırılmıştır ve anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.29. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Endikasyonsuz "Uygunsuz"

Müdahaleler

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	4,726	0,317
	Hekim	4	(44,44)	2	(22,22)	3	(33,33)		
	Hekim dışı sağ. per.	23	(25,27)	41	(45,05)	27	(29,67)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	4,156	0,385
	Dahili birimler	14	(24,14)	28	(48,28)	16	(27,59)		
	Cerrahi birimler	13	(30,95)	15	(35,71)	14	(33,33)		
Cinsiyet	Kadın	20	(25,97)	35	(45,45)	22	(28,57)	0,232	0,890
	Erkek	7	(28,00)	10	(40,00)	8	(32,00)		
	1-4 yıl	5	(22,73)	10	(45,45)	7	(31,82)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	11	(28,21)	17	(43,59)	11	(28,21)	4,644	0,795
	10-14 yıl	8	(36,36)	8	(36,36)	6	(27,27)		
	15-19 yıl	3	(21,43)	6	(42,86)	5	(35,71)		
	20 yıl ve üzeri	0	(,00)	4	(80,00)	1	(20,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Endikasyonsuz "Uygunsuz" Müdahalelerdeki değişimler karşılaştırılmıştır ve anlamlılık saptanmamıştır.

Tablo.30. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tercihlerine, İhtiyaçlarına ve Değerlerine Saygılı ve Duyarlı Olarak Hizmet Verilmesi

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	5,174	0,270
	Hekim	0	(,00)	3	(33,33)	6	(66,67)		
	Hekim dışı sağ. per.	16	(13,68)	52	(44,44)	49	(41,88)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	8,070	0,089
	Dahili birimler	10	(13,89)	37	(51,39)	25	(34,72)		
	Cerrahi birimler	6	(11,11)	18	(33,33)	30	(55,56)		
Cinsiyet	Kadın	8	(8,00)	46	(46,00)	46	(46,00)	8,605	0,014
	Erkek	8	(28,57)	9	(32,14)	11	(39,29)		
	1-4 yıl	7	(25,93)	8	(29,63)	12	(44,44)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	3	(6,12)	22	(44,90)	24	(48,98)	9,160	0,329
	10-14 yıl	4	(13,79)	12	(41,38)	13	(44,83)		
	15-19 yıl	1	(5,88)	10	(58,82)	6	(35,29)		

20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	3	(50,00)	2	(33,33)
-----------------	---	---------	---	---------	---	---------

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tercihlerine, İhtiyaçlarına ve Değerlerine Saygılı ve Duyarlı Olarak Hizmet Verilmesi değişimleri karşılaştırılmıştır. Kadın katılımcılarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Tercihlerine, İhtiyaçlarına ve Değerlerine Saygılı ve Duyarlı Olarak Hizmet Verilmesinin arttığını düşünme oranı erkek katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo.31. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Bilgilendirilme ve Tıbbi Kararlara Katılma Derecesi

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	4,240	0,374
	Hekim	0	(,00)	5	(55,56)	4	(44,44)		
	Hekim dışı sağ. per.	17	(14,78)	44	(38,26)	54	(46,96)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	10,947	0,027
	Dahili birimler	10	(14,29)	35	(50,00)	25	(35,71)		
	Cerrahi birimler	7	(12,96)	14	(25,93)	33	(61,11)		
Cinsiyet	Kadın	10	(10,10)	36	(36,36)	53	(53,54)	8,091	0,017
	Erkek	7	(25,93)	13	(48,15)	7	(25,93)		
	1-4 yıl	6	(22,22)	11	(40,74)	10	(37,04)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	5	(10,42)	20	(41,67)	23	(47,92)	3,352	0,910
	10-14 yıl	3	(10,71)	10	(35,71)	15	(53,57)		
	15-19 yıl	2	(11,76)	6	(35,29)	9	(52,94)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	2	(33,33)	3	(50,00)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Bilgilendirilme ve Tıbbi Kararlara Katılma Derece değişimleri karşılaştırılmıştır. Görev alanı İdari birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Bilgilendirilme ve Tıbbi Kararlara Katılma Derecesinde artma oranı Dahili birimler ve Cerrahi birimlerde olanlara göre daha yüksektir. Kadın katılımcılarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların Bilgilendirilme ve Tıbbi Kararlara Katılma Derecesinin arttığını düşünme oranı erkek katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo.32. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalardan Gelen Şikâyetler

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	8,113	0,088
	Hekim	3	(33,33)	5	(55,56)	1	(11,11)		
	Hekim dışı sağ. per.	33	(29,20)	33	(29,20)	47	(41,59)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	2	(100,00)	0	(,00)	13,174	0,010
	Dahili birimler	13	(18,84)	24	(34,78)	32	(46,38)		
	Cerrahi birimler	23	(43,40)	14	(26,42)	16	(30,19)		
Cinsiyet	Kadın	32	(33,33)	28	(29,17)	36	(37,50)	4,129	0,127
	Erkek	4	(14,29)	12	(42,86)	12	(42,86)		
	1-4 yıl	8	(32,00)	5	(20,00)	12	(48,00)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	15	(31,25)	13	(27,08)	20	(41,67)	6,076	0,639
	10-14 yıl	7	(25,00)	13	(46,43)	8	(28,57)		
	15-19 yıl	5	(29,41)	6	(35,29)	6	(35,29)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	3	(50,00)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalardan Gelen Şikâyetlerin değişimi karşılaştırılmıştır. Görev alanı Dahili birim olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalardan Gelen Şikâyetlerin arttığını düşünme oranı İdari birimler ve Cerrahi birimlerde olanlara göre daha yüksektir.

Tablo.33. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Memnuniyeti

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	4,337	0,362
	Hekim	1	(11,11)	2	(22,22)	6	(66,67)		
	Hekim dışı sağ. per.	33	(28,95)	31	(27,19)	50	(43,86)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	15,366	0,004
	Dahili birimler	24	(34,29)	24	(34,29)	22	(31,43)		
	Cerrahi birimler	10	(18,87)	9	(16,98)	34	(64,15)		
Cinsiyet	Kadın	24	(24,74)	26	(26,80)	47	(48,45)	1,382	0,501
	Erkek	10	(35,71)	7	(25,00)	11	(39,29)		
	1-4 yıl	8	(30,77)	6	(23,08)	12	(46,15)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	14	(29,17)	11	(22,92)	23	(47,92)	4,138	0,844
	10-14 yıl	8	(28,57)	9	(32,14)	11	(39,29)		
	15-19 yıl	3	(17,65)	4	(23,53)	10	(58,82)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	3	(50,00)	2	(33,33)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Memnuniyeti değişimleri karşılaştırılmıştır. Görev alanı İdari birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Memnuniyetinin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve Cerrahi birimlerde olanlara göre daha yüksektir.

Tablo.34. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İşbirliği

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	5,444	0,245
	Hekim	3	(33,33)	3	(33,33)	3	(33,33)		
	Hekim dışı sağ. per.	34	(29,57)	50	(43,48)	31	(26,96)		
Görev alanı	İdari birimler	0	(,00)	0	(,00)	2	(100,00)	10,376	0,035
	Dahili birimler	25	(35,21)	32	(45,07)	14	(19,72)		
	Cerrahi birimler	12	(22,64)	21	(39,62)	20	(37,74)		
Cinsiyet	Kadın	22	(22,45)	49	(50,00)	27	(27,55)	13,948	0,001
	Erkek	15	(53,57)	4	(14,29)	9	(32,14)		
	1-4 yıl	5	(19,23)	10	(38,46)	11	(42,31)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	17	(34,69)	21	(42,86)	11	(22,45)	9,951	0,269
	10-14 yıl	12	(41,38)	9	(31,03)	8	(27,59)		
	15-19 yıl	2	(12,50)	9	(56,25)	5	(31,25)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	4	(66,67)	1	(16,67)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İşbirliği değişimleri karşılaştırılmıştır. Görev alanı İdari birimler olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İşbirliğinin arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve Cerrahi birimlerde olanlara göre daha yüksektir. Erkek katılımcılarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İşbirliğinin arttığını düşünme oranı kadın katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo.35. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışma İsteğiniz

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Unvan	İdari hizmetler	1	(50,00)	1	(50,00)	0	(,00)	2,609	0,625
	Hekim	5	(55,56)	2	(22,22)	2	(22,22)		
	Hekim dışı sağ. per.	78	(66,10)	30	(25,42)	10	(8,47)		
Görev alanı	İdari birimler	1	(50,00)	1	(50,00)	0	(,00)	2,288	0,683
	Dahili birimler	47	(65,28)	20	(27,78)	5	(6,94)		
	Cerrahi birimler	36	(65,45)	12	(21,82)	7	(12,73)		
Cinsiyet	Kadın	66	(65,35)	26	(25,74)	9	(8,91)	0,085	0,958
	Erkek	18	(64,29)	7	(25,00)	3	(10,71)		
	1-4 yıl	15	(55,56)	8	(29,63)	4	(14,81)		
Hizmet süresi (yıl)	5-9 yıl	36	(72,00)	8	(16,00)	6	(12,00)	16,538	0,035
	10-14 yıl	23	(79,31)	6	(20,69)	0	(,00)		
	15-19 yıl	9	(52,94)	7	(41,18)	1	(5,88)		
	20 yıl ve üzeri	1	(16,67)	4	(66,67)	1	(16,67)		

Ki-Kare Testi

Katılımcıların Unvan, Görev alanı, Cinsiyet ve Hizmet sürelerine (yıl) ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışma İsteği değişimleri karşılaştırılmıştır. Hizmet süresi 10-14 yıl olanlarda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışma İsteğinin arttığını düşünme oranı diğer Hizmet süresindekilere göre daha düşüktür.

Tablo.36. Katılımcıların yaşı ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre sorulara verdikleri yanıtlar

		Yaş		t	p
		Ort±ss	Medyan(IQR)		
Hastaların muayene için beklediği süre	Azaldı	37,73±8,31	38 (30-44)	3,065	0,216
	Değişmedi	34,85±6,77	37 (28-40)		
	Arttı	36,04±6,76	37 (30-41)		
Hastaların tetkik için beklediği süre	Azaldı	35,68±7,78	38 (30-42)	1,062	0,588
	Değişmedi	37,49±7,93	38 (31-42)		
	Arttı	35,7±6,58	36 (30-41)		
Hastaların hastaneye yatmak için beklediği süre	Azaldı	37,4±8,10	38 (30-43)	0,838	0,658
	Değişmedi	35,52±6,93	36 (30-42)		
	Arttı	36,2±7,54	38 (29-40)		
Hastaların ameliyat olmak için beklediği süre	Azaldı	37,08±7,42	38 (30-43)	1,003	0,606
	Değişmedi	35,46±7,48	35 (29-42)		
	Arttı	36,64±7,92	39 (30-41)		
Hasta başına düşen muayene süresi	Azaldı	36,38±7,36	38 (30-42)	4,142	0,126
	Değişmedi	34,66±6,56	35 (28-40)		
	Arttı	38,95±7,85	40 (36-43)		
Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurması	Azaldı	38,06±8,00	39 (31-40,5)	7,005	30,029
	Değişmedi	33,59±7,48	32,5 (26,5-40)		
	Arttı	37,49±6,91	38 (32-42)		
Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb.) israfı	Azaldı	35±8,08	34 (30-42)	1,480	0,477
	Değişmedi	35,65±6,88	38 (30-41)		
	Arttı	37,24±7,34	38,5 (32-42)		
Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum sosyo-ekonomik durum)	Azaldı	35,58±7,76	35 (29-41)	0,374	0,829
	Değişmedi	36,48±6,69	38 (31-42)		
	Arttı	36,54±8,10	38 (30-43)		
bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi	Azaldı	36,74±7,45	38 (30-42)	1,279	0,528
	Değişmedi	35,35±7,12	35 (29,5-40)		
	Arttı	36,61±7,33	38 (30-43)		
Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu	Azaldı	36±6,64	37 (30-40)	0,440	0,802
	Değişmedi	35,83±8,25	35 (28-42)		
	Arttı	36,63±7,43	38 (30-42)		
Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğu (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.)	Azaldı	35,65±7,57	36,5 (30-41)	2,913	0,233
	Değişmedi	35,68±7,09	37 (30-40)		
	Arttı	37,85±7,12	40 (32-43)		
Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi	Azaldı	36,26±7,33	38 (30-41)	1,491	0,474
	Değişmedi	35,59±6,69	35 (30-40)		
	Arttı	37,13±8,13	38 (30-44)		
Hastaların hizmet almasının kolaylığı	Azaldı	37,03±6,86	37,5 (31-41)	3,234	0,199
	Değişmedi	34,37±6,42	34 (30-40)		
	Arttı	36,9±7,91	38 (30-42)		
Etik olmayan uygulamalar	Azaldı	36,58±9,03	37 (30-45)	0,990	0,610
	Değişmedi	34,94±6,02	36 (30-40)		
	Arttı	36,66±8,26	38 (30-41)		
Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılması	Azaldı	34,97±6,41	35 (30-40)	3,548	0,170
	Değişmedi	35,82±7,64	36,5 (30-41)		
	Arttı	38,19±7,23	41 (31-43)		
Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem	Azaldı	37,33±8,01	38 (32-40)	3,709	0,157
	Değişmedi	34,89±6,81	35 (30-41)		
	Arttı	37,54±7,45	39 (32-43)		

Kruskal Wallis Testi

Tablo.37. Katılımcıların yaşı ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre sorulara verdikleri yanıtlar

		Yaş		t	p
		Ort±ss	Medyan(IQR)		
Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması	Azaldı	35,36±8,59	35 (28-40)	4,77	30,092
	Değişmedi	35,03±7,09	35 (30-40,5)		
	Arttı	37,96±7,02	40 (32-42)		
Tıbbi hatalar (uygulama hataları)	Azaldı	38,18±7,26	40 (32-43)	4,07	10,131
	Değişmedi	34,91±7,21	35 (30-40)		
	Arttı	35,42±8,20	33,5 (28,5-41,5)		
Komplikasyonlar	Azaldı	37,29±7,99	38 (30-43)	1,64	50,439
	Değişmedi	35,27±7,23	36 (29-40)		
	Arttı	35,45±8,00	33,5 (29-41)		
Hastane kaynaklı enfeksiyonlar	Azaldı	36,72±7,54	38 (30-43)	1,48	40,476
	Değişmedi	35,24±7,08	35 (30-40)		
	Arttı	35,75±7,84	35 (29,5-41,5)		
Hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamalar	Azaldı	36,12±6,36	38 (30-41)	4,46	20,107
	Değişmedi	34,73±7,34	34 (29,5-40)		
	Arttı	37,38±7,53	39 (31,5-43)		
Gereksiz tetkikler	Azaldı	37,26±7,45	38 (30-43)	3,83	00,147
	Değişmedi	34,16±6,85	33 (29-40)		
	Arttı	36,97±7,22	38 (32-42)		
Gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller)	Azaldı	36,48±7,51	38 (30-42)	0,66	40,717
	Değişmedi	35,53±7,21	35 (30-40)		
	Arttı	36,14±7,53	38 (30-42)		
Hastaların gereksiz yattığı günler (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması)	Azaldı	38,37±6,80	38 (34,5-42)	3,60	60,165
	Değişmedi	35,58±7,85	35 (29,5-42)		
	Arttı	34±7,18	34 (27-41)		
Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması)	Azaldı	36,36±7,28	38 (30-42)	4,01	50,134
	Değişmedi	34,59±7,55	35 (28-40)		
	Arttı	37,58±7,08	38 (32-41,5)		
Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleler	Azaldı	36,85±7,33	38 (30-43)	3,42	50,180
	Değişmedi	34,24±7,21	34 (28-39)		
	Arttı	37,07±8,36	38,5 (30-41)		
Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesi	Azaldı	34,87±7,72	33 (28,5-40)	1,03	10,597
	Değişmedi	36,67±6,81	38 (31-42)		
	Arttı	36,14±7,64	36 (30-43)		
Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesi	Azaldı	36,76±7,91	35 (30-42)	5,48	90,064
	Değişmedi	34,33±6,22	35 (30-40)		
	Arttı	37,55±7,75	39 (31-43)		
Hastalardan gelen şikâyetler	Azaldı	36,17±7,04	38 (30,5-42)	0,03	60,982
	Değişmedi	36,43±8,07	37,5 (30-42)		
	Arttı	36,21±6,83	37,5 (30-41)		
Hasta Memnuniyeti	Azaldı	36,41±7,50	37,5 (30-41)	1,92	90,381
	Değişmedi	34,64±6,62	35 (30-40)		
	Arttı	36,9±7,55	38 (30-43)		
Çalışanlar arasındaki işbirliği	Azaldı	37,41±7,09	38 (32-42)	1,03	60,596
	Değişmedi	35,92±6,90	36 (30-41)		
	Arttı	35,5±7,91	36,5 (29,5-41,5)		
Çalışma isteğiniz	Azaldı	36,38±6,84	38 (30,5-41,5)	0,07	60,963
	Değişmedi	36,06±8,20	37 (30-42)		
	Arttı	36,33±8,45	36 (28-45)		

Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların yaşı ile PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre sorulara verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurmasının arttığını düşünenlerin ortalama yaşı PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurmasının değişmediğini düşünenlere göre daha yüksektir.



6. TARTIŞMA

Bu araştırmanın verileri anket yöntemi kullanarak elde edilmiştir. Anketin oluşturulmasında öncelikle alan yazını taranmış ve konu ile ilgili tüm anket çalışmaları incelenmiştir. Araştırma konusunu kapsayan araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket, araştırmacının izni alınarak kullanılmıştır. Araştırmaya dair veri toplanması için ilgili izinler alındıktan sonra anket çalışmasına başlanmıştır. Sağlık personelinin çalıştığı birimler cerrahi, idari ve dâhili olarak sınıflandırılmıştır. Dermatoloji, endokrin ve metabolizmada, fizik tedavi kliniği, gastroentoloji, hematoloji, intaniye, kardiyoloji, nöroloji, özel servis(birden çok alanda görev alanlar),psikiyatri, romatoloji klinikleri dâhili birimlerin içinde yer almıştır. Acil servis kliniği, beyin cerrahi, göğüs cerrahi, göz hastalıkları, kadın doğum hastalıkları, KBB, Ortopedi, plastik cerrahi, üroloji, yanık kliniği cerrahi birim olarak gruplandırılmıştır. İdari birimlerde ise başhekimlik, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü yer almaktadır. Anket sorularına dair sağlık çalışanların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı ilişkinin olup olmadığının analizi yapılmıştır.

Ankette ilk dört soru sağlık hizmetine ulaşmak için hastaların ne kadar beklediğini ile ilgilidir. Sağlık hizmeti ertelenemez geciktirilemez hizmet türündedir. Hizmetlerin zamanında karşılanması yani elde edilebilir olması erişimin ön koşuludur. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan her kişinin henüz talebi olmadan sağlıkta yer alan profesyoneller tarafından hizmetin sunulması sağlık hizmetlerinin erişebilir kılabilir. 1999'da WHO tarafından desteklenen “21 Yüzyılda Herkes için Sağlık” politikasında küresel düzeyde kaliteli sunulan sağlık hizmetine kişilerin erişiminin sağlanması yer almıştır(Gözlü ve Tatlıdil,2015).

2003 yılında ortaya çıkan sağlıkta dönüşüm projesinin temel amaçlarından birisi hakkaniyettir. Güler yüzle kaliteli sağlık hizmetinin hakkaniyetli şekilde erişiminin sağlanması dönüşüm sürecinin ana temalarında yer almaktadır(Sağlık Bakanlığı,2007,s.24).

Çalışma sonucunda hastaların muayene olma, tetkik istemlerinde ve ameliyat olma sürelerinde performans dayalı ek ödeme sistemi öncesine göre artışın olduğu düşüncesine hekim dışı sağlık personelleri idari ve hekimlere oranla daha çok

düşündüğü anlamlı çıkmıştır. Aynı zamanda cerrahi birimlerde görev alan çalışanlar dâhili ve idari birimlere oranla bu düşünceyi daha çok savunmuşlardır. Sağlık hizmetleri genel müdürlüğünün verilerine göre 2002 yılında toplam ameliyat sayısı 1.598.362 iken dönüşüm süreci sonrası sürekli artış göstererek 2017 yılında 4.931.299 olmuştur. 2002 yılında hastanelerde ki yatak doluluk oranı yüzde 59.4 iken sürekli bir artış göstererek 2017 yılında yüzde 68.1 e ulaşmıştır. Hastaların 2002 yılında ortalama olarak kalış süresi 5.8 iken bu sayı 2017 yılında 4.1 olarak belirlenmiştir(Başaran, Soytutan Çağlar ve Aygün,2017).

Bu veriler ışığında yıllara göre operasyon olan kişi sayısının artmış, hasta doluluk oranlarının artmasına karşın ortalama kalış süresinin azalmasını hizmet erişiminin sağlandığını söyleyebiliriz. Bu durum, çalışma verilerini desteklememektedir. Hastaların sağlık hizmetinin zamanında karşılanması hususunda sağlık bakanlığı dönüşüm sürecinde tam gün yasası ile hekimlerin kamuda tam gün hizmet vermelerine dair teşvikler sunmuştur. Aynı zamanda acil vakaların geldiği ve hizmetin kesintisiz sürdürüldüğü acil servislerin yoğunluğunun yönetimi için genelge çıkarılmıştır. Bu genelge ile uzman doktorlar gündüz poliklinik hizmetlerinin dışında acil servislerin yeşil alanlarına mesai kaydıracaklar(Sağlık Bakanlığı,2018).

Çalışmaya katılan doktorlar, PDEÖS beraber hastaların muayene sürelerinin daha uzun olduğunu diğer sağlık çalışanlarına oranla daha çok savundukları görülmüştür. Bu beklenen ve istenilen bir durum olmasına karşın uzun süren muayeneler ile diğer hastaların hizmete erişiminin kısıtlanmamasına dikkat edilmesi gerekir. Ancak genel dağılımda hasta başına düşen muayene süresinin azaldığı görüşünü katılımcıların %55,20'si savunmuştur. Kaliteli hizmet sunumu için hastaların ayrıntılı anemnezinin alınması ve doğru tanının konulması için muayene sürelerinin kısa olması geri dönüşümü olmayan sonuçlar doğurabilir. Hekimlerin muayene puanlarını arttırma düşüncesi bu davranışın nedeni olabilir. Korku ve Kaya(2019)'un yaptığı araştırmasında hastalara ayrılan muayene süresi çalışanların %61.5 tarafından azaldığı görüşü çıkmıştır. Bu araştırma çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Çalışma sonuçlarında idari birimlerde görev alan sağlık çalışanları diğer birimde görev alan çalışanlara göre ek ödeme sisteminin getirilmesinden sonra

hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkinin kalitesinin arttığı görüşünü daha çok desteinmişlerdir. Araştırma bulgularının genel dağılımına baktığımızda hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkinin kalitesinin %36.22 azaldığını,%32.28'nin arttığını savunmuştur. Hizmet kalitesi bakımından kısmen bir azalış olmuştur.

Amerikan sağlık enstitüsü tamamen tıbbi hatalara bağlı 2000 yılında 44.000 ve 88.000 arası kişinin vefat ettiğini belirtmiştir. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunarken hasta ile kaliteli iletişim kurma yani terapotik iletişimi oluşturabilme ve iki taraflı memnuniyeti sağlama kalitenin sağlanması ki iki önemli unsurdur(Ertaş ve elik,2018,s.21). alışan ve hastanın memnun olması ilişkilerinin kalitesini belirlerken, memnuniyetin sağlanması da hizmet sunumunda ki sorunların aşılması gereklidir. Yapılan bir başka araştırmada hastaneye ulaşımın olmaması, hizmetlerin erişiminin sağlanması gerekli personelin nitel ve nicel olarak bulundurulmaması, iş dağılımında adaletsizlikleri olması, hastaların yatışlarının uzaması, evrak işlerinin çok olması gibi unsurlar kaliteli ilişkinin kurulması ve hizmetin sunumunda ki sorunlar olarak belirtilmiştir.(Doğan,2011; Ertaş ve elik,2018).

Korku ve Kaya(2019)'un yaptığı araştırmasında performansa dayalı ek ödeme sistemi ile sağlık hizmet sunucularının iyi hizmet sunumunda artış olduğu ve bu artışın nedenini sağlıkçılara sunulan teşvikler olduğu sonucu ortaya çıkmıştır(Korku ve Kaya,2019).Bu veriler araştırma sonuçları ile örtüşmemektedir.

Bu çalışmada çalışanları %44.12'si PDES ncesi ve sonrasında gelişen komplikasyon sayılarında değişimin olmadığını savunmuşlardır. Cerrahi birim alışanları PDES öncesine oranla komplikasyonların sayısının arttığını diğer birim çalışanlarına oranla anlamlı çıkmıştır. Yapılan geriye dönük bir araştırmada 40.822 hastanın anestezi uygulaması araştırılmıştır. 1458 komplikasyon gelişen vaka değerlendirilmiştir. Bu alışma bulgularında 1344 hastanın %92.2 sinde genel anestezi sonrası komplikasyonun gelişmiştir. Komplikasyon vakaları en çok cerrahi alanlarda grlmştr(Sözbilen,2019). Bu alışma cerrahi birim çalışanlarının gelişen komplikasyon sayısının diğer birim çalışanlarına oranla daha çok savunmasını destekler niteliktedir.

Hastalara yönelik her türlü tıbbi girişimlerde gelişebilecek istenmeyen etkiler konusunda hastanın ayrıntılı olarak aydınlatılması sağlık hukukunun bir gereğidir. Bundan dolayı aydınlatılmış rıza belgesini okuyan hasta bilgi sahibi olarak öngörülen tüm istenmeyen sonuçları göze alır. Sağlık hukukunda hastanın iyiliği için yapılması gereken tüm müdahaleler birer risk unsuru içerir. Genel aydınlatılmış rıza formu alınıp, bilgilendirilmesinden sonra kişiye faydasının daha çok olan uygulamalara ilişkin gelişen komplikasyonlarda sağlık çalışanları sorumlu tutulmaz(Değdaş,2018,s.60).

Tıbbi girişimleri gerçekleştirme yetkisine sahip olan kişilerin yetkinlikleri ve rolleri 1219 sayılı kanun ile düzenlenmiştir(Değdaş,2018,s.43).

Çalışma bulgularında hekimlerin PDEÖS öncesine göre gereksiz yatışların arttığını diğer sağlık çalışanlarına orana daha çok savundukları istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Genel dağılımda %42.61 oranında değişimin olmadığı, %37.39 oranında arttığı saptanmıştır. Her bir yatışın performansına dayalı ek ödeme sistemi içerisinde bir puan değerinin olması ve sonrasında bu toplam puanların maaşlara yansması yani ödeme sistemleri hekimlerin davranışlarını etkilemektedir.(Petersen,Woodard,Urech,Daw ve Sookanan,2006). Bakanlık raporlarında göre 2002 yılında yatan hasta 4.169.779 kişi, ortalama kalış süresi 5.7 olarak; 2016 yılında yatan hasta sayısı 7.561.989 kişi, ortalama kalış süresi 4.4 olduğu açıklanmıştır(Tekkanat,b.t.). Bu bulgulara, hastanede yatan hasta sayısının artmış olmasının pozitif sonuçları tedaviye yönelik tüm ekipman malzeme ve teknolojinin yeterli, olduğunu yatan hastaların taburculuk sürelerinin azalmasının da nicelik ve nitelik olarak sağlık çalışanlarının yer aldığını düşündürmektedir.

Sağlık hizmetleri genel müdürlüğü verilerine göre 2019 yılındaki hekim sayısı 2020 yılında %6.5, hekim dışı sağlık çalışanları sayısı ise %12,8 oranında artması bu düşüncüyü destekler niteliktedir(Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020).

PDEÖS öncesine göre hastaların tercihlerine ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı duyarak sağlık hizmetinin sunulması artmıştır. Yurt dışında aile hekimleri üzerine yapılan bir araştırmada doktorların %65'i obez hastalarının kendilerini kontrol etmekten yoksun olduğunu, %39 ise tembel olarak tanımlamıştır. Çalışma

bulgularına göre çalışanların %12'si obez hasta bakımına istekli olmamıştır(Price vd,1987). Türkiye Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın yürüttüğü çalışma bulgularında sosyal güvencesi olmama ve kişinin engelli olması birer ayrımcılık nedeni olarak açıklanmıştır. Ve bu araştırmaya katılan gönüllülerin yarısından fazlası bu duruma maruz kaldığı açıklanmıştır(Başaran vd,2010).. Başka bir araştırma bulgularında HIV/AIDS hastalarına yönelik hemşirelerin %55,8'inin odalarına girmek istemedikleri, %26,3 hasta ile temas etmede kararsızlık yaşadığı,%36,8 hastaya damgalama yaptığını ve %34,7'sinin damgalamayla savunduğu ortaya çıkmıştır(Ataç ve Buzlu,2016). Terzioğlu(2004) çalışmasında sağlık kurumlarında bulaşıcı hastalığı olan kişilerin onayı olmadan testin yapılması, hastaya HIV/AIDS olduğunu ilan etmek için etiketleme, hastaneden ayrılışını sağlama, aynı haklara sahip olmasına rağmen çirkin davranışlara maruz kalma gibi damgalama faaliyetlerinin olduğunu ifade etmiştir(Terzioğlu,2004).

Tüm bu bulgular araştırma sonuçları ile örtüşmemektedir. Hâlbuki Performans sistemi 2003 yılında ortaya çıkış prensiplerinden biri hakkaniyete uygun ibaresidir. Güler yüzle kaliteli sağlık hizmetinin hakkaniyetli şekilde erişiminin sağlanması dönüşüm sürecinin ana temalarında yer almaktadır(Sağlık Bakanlığı,2007,s.24).

Araştırma bulgularında pdeös önicesine göre sağlık sistemine yönelik hasta şikâyetlerinin genel dağılımında çalışanların 38,71' i tarafından arttığı savunulmuştur. Birimler bazında dâhili birimlerde göreve alan sağlık çalışanları hasta şikâyetlerinin arttığını daha çok savunmuşlardır. Hastaların şikâyetlerinin artması aynı zamanda çalışanların %46,40 nın hasta memnuniyetini arttığını da savunması Sabim'e gelen şikâyetlere yönelik düzeltici eylemler ile hasta memnuniyetinin sağlandığı düşünülebilir.

Dönüşüm projesinden sonra hastaların sağlık sisteminin işleyişi hususunda öneri, teşekkür, şikâyet ve sisteme dair geridönütlere ulaşmayı hedefleyen, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi uygulamaya dâhil edilmiştir. Halkın sağlık sistemine yönelik görüşlerini belirlemeyi esas alan karşılıklı bir iletişim uygulamasıdır. Yapılan bir araştırmada Kadıköy ilçesinde 2017 ve 2019 arası sağlık hizmetlerine

yönelik toplam 2914 sabim girişinin %80'ni şikâyetler oluşturmuştur(Yıldırım ve Kumru,2021,s.121).

2013 'te yapılan farklı bir araştırma verilerinde ise SABİM girişlerinin %64 oranını şikâyet yönünde geldiğini görülmüştür. Tüm bu şikâyetlerin sebepleri ise %53,62 oranında tıbbi hizmetlerle ilişkilidir(Akgül, Palteki, Şimşek,Bayram,Erkan ve Ulutin,2016).

1980'lerde sağlık hizmeti talep edenlerin, sağlık haklarının önemi üzerinde durulduğu ve 2000 yıllara geldiğimizde bu hakkın yasalarla desteklendiğini bilmekteyiz. 2000 yıllardan sonra bu haklara yönelik birçok çalışmayı alan yazınında görmektediriz. Bu çalışmada 2010-2019 tarihleri arasında hastaların sisteme yönelik geri dönüşleri SABİM hattı başvuruları ile incelenmiştir. Araştırma bulgularında SABİM girişlerinin %50'den fazlasının şikâyet olduğu vurgulanmıştır. Şikâyetlerin %47,78 'ini yönetsel kaynaklı olduğunu belirlemiştir(Hoşgör ve Cengiz,2020).

Farklı bir çalışma türkiye genelinde 2004 ve 2009 yılında Türkiye genelinde SABİM'E düşülen şikâyetlerin coğrafi bilgi sistemine yönelik değerlendirme verileri açıklanmıştır. Bu verilere göre bu yıllar arasında toplam 6 milyon çağrının yaklaşık 36.640'ı şikâyet olarak belirlenmiştir. Ayrıca şikâyetlerin %75,5'nin çözüme kavuşturulduğu, %13,5'ine geri besleme yapıldığını açıklamaktadır. Bu durum hasta memnuniyet oranının PDEÖS öncesine göre arttığını destekler nitelikte olmakla birlikte tüm bu araştırmalar şikâyetlere yönelik araştırma bulgusu ile örtüşmektedir.

PDEÖS öncesine göre sağlık çalışanlarının birbirine olan desteğinin, işbirliğinin değişmediğini çalışanların %42,06'sı savunmuştur. Birimler bazında ise idari birim çalışanları PDEÖS öncesine arttığı düşüncesini diğer birimlerde görev alan çalışanlara göre daha çok savunmuşlardır. Korku ve Kaya(2019)'un yaptığı araştırmasında katılımcıların 51,9'u çalışanların işbirliğinin değişmediğini ifade etmişlerdir. Bu bulgu çalışmayı destekler niteliktedir.

Çalışma isteğine yönelik değerlendirmede çalışanların %65,12 si azaldığını ifade etmiştir. Hizmet süresi 10-14 yıl olan sağlık çalışanlarının çalışma isteğinin arttığı düşüncesi diğer hizmet sürelerinde çalışanlara oranla daha düşük gözlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada PDEÖS kaldırılma durumunda sağlık çalışanlarının % 51'i işlerine yönelik isteklilik hallerinin azalacağını ifade etmişlerdir. PDEÖS'nin çalışanların işini daha çok severek yapmasına yönelik olumlu etkilediğini katılımcıların %43.2'si tarafından savunulmuştur(Ekingen,Yıldız,Korku ve Korkmazer,2017).

2003-2007 tarih aralığını esas alan retrospektif bir çalışmanın sonuçlarında uzman doktor ve asistanlar performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışma istekliği yönünde olumlu katkısı olduğunu savunmuşlardır. Ancak hekim dışı sağlık çalışanları hizmet puanlarının olmaması ve sadece kurumsal sabit bir ödemenin olmasını eleştirerek motivasyonlarına yönelik değişimin olmadığını ifade etmişlerdir(Küçük,Gökçınar,Aksoy,Albayrak,Erdem,Akan, ve Göğüş,2012).

Öztunç ve Cural(2017) yaptığı çalışmada PDEÖS'nin sağlık çalışanları arasında bir çıkar ve çatışmaya sebep olduğu görüşü sağlık çalışanlarının %63,2'si tarafından desteklenmiştir. Ayrıca PDEÖS'nin çalışanların işbirliğine yönelik düşünceleri%67,3 oranında olumsuz etkilediğini, çalışandan ziyade hasta memnuniyetinin temel aldığı görüşünü de %77,1 katılımcı savunmuştur. Bu çalışma isteğinin azaldığı yönünde görüşleri destekler niteliktedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de performansa yönelik ödemenin yapılması aslında 1961 tarihli 209 sayılı döner sermaye kanununda gündeme gelmiştir. 2003 yılında Sağlıkta dönüşüm projesi ile birlikte sağlıkta görev alan profesyonelleri etkili ve verimli olarak iş gücüne katmayı esas alan sistem kurulmuştur. Türkiye’de yasalarla desteklenen bu sistemde performans ölçümü ve değerlendirilmesi sonucu hizmet başına yapılacak ek ödemelerle çalışanları motivasyonunu sağlama, çalışmalarını teşvik etme ve işten ayrılmaları engelleme gibi birçok unsur hedeflenmiştir.

2003 yılı sağlık kurumlarının idaresi, yönetimi ve işleyişinde birçok yeniliğin gerçekleşmesinin zeminlerinin atıldığı yıldır. Sağlıkta dönüşüm ve reform hareketi ile çalışmalar devam etmiş ilk olarak 10 hastane ve il sağlık müdürlüğünde denenmiştir. Bu deneyimler sonrası sürece yönelik yenilikler üzerinde çalışılmıştır. Ve 2004 yılından itibaren bakanlığa bağlı tüm kurumlarda sürece geçilmiştir. 2005 yılında sistem daha da geliştirilerek sadece bireysel performansın yükseltilmesini ele almanın yeterli olmadığı düşüncesinden kurumlara yönelik performans kıstaslarının değerlendirilmesinin önü açılmıştır. Sosyal güvenlik kurumuna(SGK) bağlı sağlık tesislerinin hepsini bakanlık çatısı altında alınması da bu yılda gerçekleşmesiyle sistem Türkiye’de ki sağlık kurumlarının %90’ında uygulanır hale getirilmiştir.

Sistemin dinamik bir süreç olarak ele alınması ortaya çıkan ve çıkabileceği ön görülen tüm sorunlara yönelik kendini yenileyen ve çözümler geliştiren dinamik bir sistem olarak ele alınmıştır. Ve uygulama sonrası elde edilen tecrübeler sisteme dair değişimleri getirse de sisteme dair birçok eleştiriyi de beraberinde getirmiştir. Performansa dayalı ek ödemelerin sağlık çalışanlarının kaliteli hizmet sunumu ile olan ilişkisini çalışanların görüşleri doğrultusunda ortaya koymak ve hizmetin kesintisiz sürdürülmesi için vardiyalı olarak görev alan hemşirelerin sistemin ayrılmaz parçası olduğu düşünüldüğünde, performansa dayalı ücret uygulamasına dair hemşirelerin görüşleri alınarak memnuniyet düzeylerinin ortaya konulması amacıyla bu tez çalışması yapılmıştır.

Bu hususta öncelikle alan yazını taranmış. Performans yönetimi, performans değerlendirme sistemleri, sağlıkta dönüşüm projesi ve sağlık kurumlarına etkisi, performansa dayalı ek ödeme sistemi ve sağlıkta kalite kavramı araştırılmıştır.

Araştırmanın verileri anket yöntemi kullanarak elde edilmiştir. Anketin oluşturulmasında öncelikle alan yazını taranmış ve konu ile ilgili tüm anket çalışmaları incelenmiştir. Araştırma konusunu kapsayan araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket araştırmacının izni alınarak kullanılmıştır. Araştırmaya dair veri toplanması için ilgili izinler alındıktan sonra 09.05.2022 tarihinde anket çalışmasına başlanmıştır. Anket soruları sağlık çalışanına yüz yüze görüşme ile cevaplandırılmıştır. Çalışma sonuçları bulgular ve tartışma bölümünde yer alırken bu sonuçlar ışığında öneriler aşağıda yer almaktadır.

Sağlık kurumlarına başvuranların muayene olma, tetkik, ameliyat olmak için beklediği süreler çalışanlar arttığı görüşünü savunmuşlardır. Sağlık hizmetleri acil ertelenemez hizmetlerdir. Bu hususta erişebilir olmak çok önemlidir. Çalışma sonuçlarında sağlık hizmetini talep edenlerin bekleme sürelerinin artmış olması aslında hizmetlerin ulaşılabilirliği konusunda olumsuz bir gelişmedir. Bekleme sürelerine yönelik bu gelişmenin ne düzeyde olduğunun anlaşılması için Hizmetlerin ulaşılabilirliğine dair olumlu sonuçlarının da araştırılması önerilir.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta başına düşen muayene süresinin azaldığı düşüncesi doktorların havuzdan daha fazla pay almak için muayene puanlarını arttırma isteğinden kaynaklanmış olabilir. Hastanın öyküsünün ayrıntılı olarak ele alınıp doğru teşhis ve etkin tedavinin planlanması açısından kabul edilebilir olmayan, olumsuz bir gelişmedir. Sisteme yapılacak düzenlemeler ile bu durumun önüne geçilmesi önerilebilir. Performans sisteminin hastanın muayene süresini etki etmeyecek şekilde düzenlemelerin yapılması ve bu sürenin belirlenmesine doktorların kararlarına sistem müdahalesi getirecek uygulamalara gidilmesi önerilir.

Sağlık alanındaki dönüşüm programı ile verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir sistem oluşturma gayesi göze çarpmaktadır. Hizmetin kaynakları sınırlıdır. Kaynakların etkin yönetimi ve verimli kullanımı sonucunda kaliteli çıktılar elde edilmesi beklenendir. PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmeti sunucuların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurulmaya başlandığı ancak bu düşünce tüm çalışanlarca desteklenmemiştir. Kurum içerisinde verimliliği esas alan bir atmosferin oluşturulması ve buna dair eğitimlerin planlanması örgüt içinde bir kültür oluşturma çalışmalarının yer alması önerilebilir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb.) israfının arttığı düşüncesi bildirilmiştir. Bu israf hizmet başına alınan puanların birer performans olarak değerlendirilmesi, hastalara yönelik birçok tanısal girişimin gerekliliği düşünülmezsizin puan kazanmak düşüncesi ile yapılmış olabilir. Bu tamamen tıp etiğine aykırı ve kabul edilemez bir durumdur. Bu konuda tüm yetkinin doktorun inisiyatifinde olmaması ve sisteme yönelik düzenlemelere gidilmesi önerilebilir.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verildiği düşüncesinin değişmediğini belirtilmiştir.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesinin azaldığını düşünenlerin sayıları fazla olmasına karşın araştırmada arttığını ve değişmediğini düşünülenler arasında yüzdesel yakınlık ortaya çıkmıştır. Hasta başına düşen muayene süresini azaldığı düşüncesi bu sonucu desteklemektedir. Çünkü daha fazla muayene puanı kaygısı hasta-sağlık çalışanı ilişkisini kalitesiz kılar. Sistemin sağlık çalışanları ve hastaların terapötik iletişimini kaliteli kılacak kriter ve standartlarla desteklenmesi faydalı olacaktır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu olumlu yönde değişmiştir.

Hastalarla etkili iletişimin kurulması, hastalıklarına yönelik tüm kaygılarının giderilmesi bakımında sorularına yanıt bulması istenilen bir durumdur.

2010 Temmuz ayında Ankara’da sağlık ocakları kapılmıştır. Ve aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Sağlık ocakları uygulaması 1961 yılında Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından öngörülmüş ve ardından sağlık hizmetlerinin sosyalleştirme yasası ile ülkemize kazandırılmıştı. Aile hekimliği uygulamasında da hastane kurumlarında da sağlıkta dönüşüm ile sağlık hizmetlerini doğuştan hak eden özneler olan hastaların müşterileştirildiğini ifade edebiliriz. Çünkü müşterinin memnuniyetsizliği performans puanlarını azaltır. Örneğin aile hekimliği uygulamasında sağlık çalışanlarının alacağı maaş hasta sayısına göre değişmektedir. Aile hekimliklerinde hasta kaybının performansa olumsuz etkisi hekimlere soru sorma ve cevap bulma durumunu olumlu yönde etkilemiş olabilir. Sorulara yanıt alınsa da hasta-sağlık çalışanının ilişkisinin kalitesinin azaldığı düşüncesinin ortaya çıkması performans kaygısını destekler niteliktedir.

Araştırma sonuçları PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğuna(mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.) yönelik çalışanlar değişimin olmadığını savunmuşlardır.

Hizmetlerin sunumundaki en önemli unsurlardan olan kaynak ile organizasyona değinmek yerinde olacaktır. Çünkü bu iki faktör hizmetin kalitesini doğrudan etkiler. Sağlık işletmelerinin kaynakları, hizmet sunumunda aktif olarak yer alan iş gücünden fiziki ortama ve kullanılan malzemeye kadar hepsini içerir. Organizasyon ise var olan kaynakların nasıl bir süreçten geçerek elde edilen çıktıyı açıklamaktadır. Sistemde yer alan beşeri kaynaklar ile sağlık işletmelerinin, hizmete yönelik koordinasyonunu sağlandığı ve denetim süreçlerinin belirlendiği faaliyetlerin bütünü hasta memnuniyeti sağlar.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesinin değişmediği düşüncesi ortaya çıkmıştır. Hastaların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında birçok unsur etkilidir. Hastaneler sağlık hizmetlerini matriks bir yapı içinde sunarlar. Sağlık kurumları uzmanlaşmış eğitim almış kişilerin fonksiyonel

olarak örgütlendiği organizasyonlardır. Hizmetler ekip çalışması doğrultusunda yürütülür. Sağlık personelleri de yetki alanları doğrultusunda hizmet sunarlar. Bu matriks yapı içinde hizmetlerin başarılı şekilde sunulması sorumluluk alanları doğrultusunda hareket eden ekibin varlığı, alt yapı ve uygun donanımın varlığı ile mümkündür. Beşeri kaynakların etkin yönetimi ile gizli işsizliğin önüne geçilmesi önemlidir.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların hizmet almasının daha kolay olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Hizmetin erişebilir olması istenilen bir sonuçtur. Ancak bu araştırmada sahada yer alan çalışanların PDEÖS Uygulaması Öncesine göre muayene olma, tetkik, ameliyat olmak için beklediği süreler arttığını düşünmesi bu sonucu destekler nitelikte değildir.

Araştırmanın genelinde PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik olmayan uygulamaların değişmediği sonucuna varılmıştır. Görev alanı Cerrahi birimler olanların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Etik Olmayan Uygulamaların yüzdelik olarak arttığını düşünme oranı Dahili birimler ve İdari birimlerde olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Cerrahi birimlerde daha çok girişimsel işleme yönelik uygulamaların gözlemlenebilmesi bunun sonucu olabilir. Öncelikle sistemin başta tasarımının geliştirilerek bu tarz uygulamalarının önüne geçmesi ve etik olmayan uygulamalara dair yaptırımların yer alması önerilebilir.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önemin değişmediği sonucu çıkmıştır. Bireylerin hem kendilerini hem de yaşamlarını sürdürdükleri çevrelerinin sağlığını tehdit eden ve onlara zarar veren her türlü unsurun önüne geçmek ya da etkilerini azaltmak amacıyla yürütülen çalışmaların tümüdür. Toplumun sağlığına doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek tüm olumsuz faktörlerin önüne geçilmesi, var olan sağlıklılık durumlarının sürdürülebilirliğinin sağlanmasını hedefleyen hizmetler olduğu için bu hizmetlerin sistemde etkin olarak yürütülmesi çok önemlidir.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulmasının değişmediği sonucuna varılmıştır. Ancak yüzdelik olarak arttığını düşünenlerin sayısı birbirine çok yakın seyretmiştir. Bu çok önemli bir

gelişmez. Hatalı kayıtlar kişilerin yaşamlarını tehdit edecek boyutlarda sonuçlara sebebiyet verebilir. Sağlık hizmeti ertelenemez ve en önemlisi de geri dönüşü olmayan sonuçlar doğuran ve bu özelliği ile diğer hizmet gruplarından ayrılan hizmet türüdür. Kayıt alma hem açılacak bir davaya karşı sağlık personeli ve kurumu korumakla beraber daha çok hastayı korumaktadır. Bu kuralın hizmetin kalitesine yönelik olumlu katkıları olduğu söylenebilir. Araştırma sonuçlarında PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre hastane enfeksiyonlarının azalması katılımcıların %40.48 'nin tıbbi kayıtların eksiksiz alınmasının arttığı görüşünü destekler niteliktedir. Tüm bu sonuçların daha kaliteli hizmet sunumuna yönelik katkı sağlamaktadır.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz yatışların(hastaneye kabuller) , hastaların gereksiz yattığı günlerin (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması) ,hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesinin (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması), Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahalelerin değişmediği düşüncesi ortaya çıkmıştır. Gereksiz yatışların ve yatış sürelerinin artması sağlık hizmet kaynaklarının verimli kullanımının önünde bir engeldir. Tüm sağlık personelinde hasta merkezli anlayışı temel alan düzenlemelerin rollerin kötüye kullanımının önüne geçilmelidir.

Araştırma sonuçlarında hastaların PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Gereksiz yatışların(hastaneye kabuller), hastaların gereksiz yattığı günlerin (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması) , hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması) konularında anlamlı bir değişimin olmadığı sonucuna varılmıştır.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesinde kısmen artış olduğu görülmüştür. Bu hizmetin kalite unsuru açısından beklenen ve olumlu bir gelişmedir. Hastaların değer yargılarına, tercih ve ihtiyaçlarına saygı göstermek onların güven duygusunu kazandırır ve terapötik iletişim kurmayı kolaylaştırır.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma durumuyla ilgili artış olduğu sonucuna varılmıştır. Belirsizlik tüm bireylerde kaygı uyandıran bir durumdur. Her hastanın hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olma ve uygulanacak tüm girişimler konusunda bilgilendirilmesi bir haktır. Hastane kurumlarında kişinin rızası olmadan hiçbir invazif ve noninvazif girişim yapılamaz. Bundan dolayı kalite birimleri tarafından geliştirilen rıza onam formlarına hastaların ıslak imzaları alınmaktadır. Hastaların tedavi süreçlerine yönelik alınacak kararlara dâhil edilmesi ideal olandır.

PDEÖS uygulaması öncesine göre hastalardan gelen şikâyetler artarken çalışma sonuçları aynı zamanda hasta memnuniyet düzeyinin de arttığını göstermiştir. Hastaların sunulan sağlık hizmetinden memnun olması istenilen bir durumdur.

Hastanelerde hasta hakları birimlerinde kişilerin şikâyet ve teşekkürlerini ilettikleri birimlerdir. Memnuniyet oranın artması ile şikâyetlerinde artış olması bu birimlere başvurulduğu anlamına gelebilir. şikâyet oranı artarken hasta hakları birimleri tarafından şikâyetlerin çözüme kavuşturulması memnuniyet oranındaki artışı tanımlayabilir.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar arasındaki işbirliğinin değişmediği sonucuna varılmıştır. Hastanelerin yapısal yönetiminde, uygulanan işlemler oldukça fazladır. Bundan dolayı sağlık hizmet çıktıısının üretiminde tüm çalışanlar iş tanımları doğrultusunda katkı sağlarlar. Etkili ve verimli sağlık hizmet çıktıısının elde edilmesi, karmaşık bir yapı olan hastane kurumlarında hem birim içi hem de birimler arasındaki koordinasyon ve işbirliğinin varlığı ile mümkündür.

PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışma isteğinin azaldığı görölmüştür. PDEÖS hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındıran, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir sistem oluşturma gayesi ile ortaya çıkmıştır. Ödüllandirmenin temelinde yer alan performans puanlama sistemi alan yazınında oldukça tartışılmıştır. Hekim dışı sağlık personelinin performans havuzuna birebir katkı sağlayamaması puanlama sisteminde işlemlerinin puan değerinin olmaması, ek ödemenin

dağılımındaki adaletsizlikler, aile hekimliklerinde yaşanan ekonomik kaygılar gibi birçok neden iş doyumunu motivasyonunu isteğini azaltabilir.

Sağlık hizmeti hemşiresinden doktoruna temizlik personelinde veri girişine teknik kadrodan idari kadroya birçok kişinin iş birliği ile efor sarf ederek performans göstermesi sonucunda üretilen bir hizmettir. Sağlık hizmetinin kalitesine yönelik büyük bir bölümünü oluşturan hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hizmet kalitelerini artırıcı kriterlerin belirlenmesine dair çalışmaların yapılması eleştirilere dair yapılacak düzenlemelere katkı sağlayacaktır.



KAYNAKLAR

- Acar,A.(2010).İnsan Kaynakları Yönetimi.14.11.2021,auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/ikyau206.pdf.
- Açıkalın,A.(1996).Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağının Yönetimi.Ankara:Pegem Yayını.
- Ağırbaş,İ.(2016).Hastane Yönetimi ve Organizasyon(2. Baskı).Ankara:Siyasal Kitapevi.
- Akbolat,M.,Gazioğlu,E. ve Uğan,Ç.(13-14 Mayıs 2016).Hemşirelerin İş Yükünün İş Kazalarına Etkisi.III. Uluslararası İşletme Öğrencileri Kongresi'nde sunulan Bildiri.Sakarya Üniversitesi,Bildiriler Kitabı(s.163).Sakarya Üniversitesi Yayın No:156,Sakarya,Türkiye.
- Akçakanat,T.(2009).İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme:Isparta İl Emliyet Müdürlüğü'nde Bir Uygulama.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Akdoğan,A.ve Demirtaş,Ö.(2009).360 Derece Performans Değerlendirme Sistemi: Askeri İmalat İşletmesinde Yöneticiler Üzerine Bir Uygulama.İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,23(1),52.24.04.2021,Google Akademik.
- Akgün,N.,Palteki,T.,Şimşek,E.E.,Bayram,M.,Erkan,I. ve Ulutin,H.C.(2016).Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikayet Başvurularının İncelenmesi.Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi,1(1),1-7.02.06.2022file:///C:/Users/celik/Downloads/saglikbilimleri1-1-1.pdf.
- Akı,E. ve Demirbilek,T.(2010).Performans Değerlendirme Sistemi ve Performans Düşüklüğü Nedeniyle İş Sözleşmesinin Feshi.Sosyoekonomi,11(11),80-96.06.03.2021,Google Akademik.
- Akın,Ö. ve Khorshid,L.(2006).Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgisayar Kullanmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,1(22),56-57.
- Aksungur,A.(2020).Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet: Türkiye Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi.Yayınlanmamış Doktora Tezi,Hacettepe Üniversitesi.
- Aktaş,E.(2010).Performans Değerlendirme Sistemlerinin Örgütsel Adalet Algısı Üzerine Etkisi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi.

- Alagöz,M.(2013). *Kamu Hastanelerinde Kuyruk, Randevu Sistemleri: Merkezi Hastane Randevu Sistemi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Albayrak,E.(2007).*Kariyer Yönetimi ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Maltepe Üniversitesi.
- Altan,Y.(2005).*Türk Kamu Personel Yönetiminde Performans Değerlemesi Sistemi ve Çağdaş Bir Model Önerisi*.Yayınlanmamış Doktora Tezi,T.C Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Antunes,V.ve Moreira,J.P.(2013).*Skill Mix in Healthcare*.An Internationnal Journal of Healthcare Management,6(1),12-17.
- Apaydın,K.(2007).*Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Marmara Üniversitesi.
- Arslandaş,D.(Ed.).(2015).Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı.*Temel Sağlık Hizmetleri(4)*içinde (3-19).Eskişehir:T.C Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Aslantekin,F.,Göktaş,M. ve Erdem,R.(2007).Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği.*Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,2(6),55-71.
- Ataç,M. ve Buzlu,S.(2016).Hemşirelerde HIV/AIDS Tanılı Hastalara Yönelik Damgalama.Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi,24(3),155-164.25.05.2022,DERGİPARK.
- Ayakdaş,D.(2014).*Hemşireler Arası Psikolojik Şiddet ve İlişkili Faktörler*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Adnan Menderes Üniversitesi.
- Aydın,S. ve Demir,M.(2006).*Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*.Ankara:Onur Matbacılık.
- Aydoğan,E. ve Akgemci,T.(Eds.)(2016).İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme.*İnsan Kaynakları Yönetimi ve Kariyer Uygulamaları(3)* içinde (39-48).Konya:Eğitim Yayınevi.
- Bağcı,H. ve Atasever,M.(Eds.)(2020).*Türkiye Sağlık Sistemi*. Ankara:Akademisyen Kitapevi.
- Başaran S., Gürboğa C., Karçkay K., Uğurlu B., İlter E., İsbir E., Akdoğan A. A., Beydoğan B., Parmaksız P. M., Sabuktay A. ve Vural H. S.(2010). *Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması(1)*.Ankara:Yorum Yayınları.

- Bektaş,H.ve Ulutürk Akman,S.(2013).Yüksek Öğretimde Hizmet Kalitesi Ölçeği:Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizi.*İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*,18,116-133.
- Bora Başaran,B.,Soytutan Çağlar,İ.,Aygün,A. ve Adem Özdemir,T.(Eds.).(2017).*T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*.Ankara:Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Bulgan,U. ve Gürdal,G.(2005).*Hizmet Kalitesi Ölçülebilir Mi?*.ÜNAK'05: Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması Sunulan Bildiri,İstanbul,Türkiye.
- Burunçgil,İ.(2002).*Performans Yönetimi*(2.Baskı).İstanbul:Kariyer Yayıncılık.
- Can,A.ve İbicioğlu,H.(2008).Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi.*Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,13(3),254-275.
- Can,H.,Doğan,T. ve Doğan,Y.(1996).*Genel İşletmecilik Bilgileri*.Ankara:Siyasal Kitap Evi.
- Çakıroğlu,O. Ve Seren,A.(2016).Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri.*Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*,1(3),38-39.
- Çakmak,N.ve Ocaklı,E.(2008).Performans Değerlendirmesi Gerekli Midir?Neden?.Bilimsel İletişim ve Bilgi Yönetimi Sempozyumu,212-230.04.03.2021,Unak.
- Çavmak,Ş.ve Çavmak,D.(2017).Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.*Sağlık Yönetimi Dergisi*,1(1),48-57.
- Çelik,A.(2009).*Sağlık Turizimi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Çetin,D.(2006).*Performans Yönetim Sistemi ve Performans Değerlendirme Süreci Sonuçlarının Çeşitli İnsan Kaynakları Yönetimi İşlevlerinde Karar Almaya Etkileri ve Bir Uygulama Örneği*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi.
- Çetin,F.(2017).Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlığın Ekonomi Politikası.*Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,19(1),274-293.
- Çilhoroz,Y. ve Arslan,İ.(2018).Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Akademisyenler Üzerine Nitel Bir Araştırma.*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,10(26),798-810.

- Çoban,H.(2009).*Sağlık Ekonomisi ve Türkiye 'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*.Yayınlanmamış Doktora Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Dağ,E. ve Baysal,H.(2017).Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması-Burdur İli Örneği.*Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*,4(11),95-100.
- Dalgıç,A.(2013).*Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler:Antalya 'da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Adnan Menderes Üniversitesi.
- Değdaş,U.C.(2018).Hatalı Tıbbi Uygulamadan(Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk.*Hukuk Fakültesi Dergisi*,1(6),41-65.24.05.2022,Dergipark.
- Demir,S.(2009).*Özel ve Kamu Hastanelerinin Organizasyon Yapılarının Karşılaştırılması*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi.
- Dinç,E.(2005).*360 Derece Performans Değerleme Sistemi ve Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Uludağ Üniversitesi.
- Doğan,A.(2004).*Performans Değerlendirme Sistemlerinde 360 Derece Performans Yönetim Sistemi ve Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Yıldız Teknik Üniversitesi.
- Doğan,N.Ö.(2011).*Sağlık Sektöründe Etkinliğin İyileştirilmesi: Bir Yalın Üretim Uygulaması*.Yayınlanmamış Doktora Tezi,Erciyes Üniversitesi.
- Düzgün,Z.(2015).*Tüketicilerin Pazarlama Karması Algısı ve Satın Alma Tarzlarının Müşteri Memnuniyeti,Markaya Duyulan Güven ve Tüketici Temelli Marka Değeri Üzerindeki Etkileri*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Doğuş Üniversitesi.
- Eğitim Planlama Kurulunun(EPK) Görevlerine Dair Yönerge.(2014).12.03.2021, <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,30914/akademik-kurullar---egitim-planlama-kurulu-epk.html>.
- Ekinci,N.(2021).Türkiye'deki Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ücret Uygulaması Hakkında Görüşlerine Dayalı Araştırmaların Değerlendirilmesi.Verimlilik Dergisi,(2),111-125.17.11.2021,DERGİPARK.
- Ekingen,E.,Yıldız,A.,Korku,C. ve Korkmazer,F.(2017).Hastanelerde Uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Çalışanların Motivasyonu ve Performansına Etkisi Üzerine Bir Araştırma.Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,7(12),71-83.02.06.2022,DERGİPARK.
- Engiz,O.(1998).Sağlık İşletmeleri İçin Yeni İnsan Gücü Tipi,Toplam Kalite Yöneticisi.*Modern Hastane Yönetimi*,2(5),4.

- Erenkol,H.(b.t.).HizmetPazarlaması.13.03.2021,auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/işletme_ur/hizmetpazar.pdf.
- Erkal,S.,Akay,S.,Kara,T. ve Platin,N.(2001). Hemşirelik Hizmetlerinin İyileştirilmesi Amacıyla Yapılan Çalışmalar Sonucu Hemşirelik Kayıtlarındaki Değişiklikler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,4(2),35.
- Ertaş,H. ve Çelik,Ö.(2018).Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Değerlendirme.*Sağlık Yönetimi Dergisi*,2(1),18-40.26.05.2022.DERGİPARK.
- Ertekin,Ş.(2000).1980 Sonrası Dönemde Türkiye 'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Eser,Z.(2007).*Hizmetlerde Pazarlama İletişimi*(1. Baskı).Ankara:Siyasal Kitapevi.
- Gazi,A.(2006).*Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline olan Etkisinin Analizi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Gazi Üniversitesi.
- Gökdağ,T.(2014).*Kamu Hastanelerinde Organizasyon,Yönetim Ve Başlıca Sorunları*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Beykent Üniversitesi.
- Göktaş,S.(2007).*Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Haliç Üniversitesi
- Gözlü,M. ve Tatlıdıl,H.(2015).Türkiyede ki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları.Sosyal Güvenlik Dergisi,5(2),145-165.23.05.2022,DERGİPARK.
- Güçlü Yılmaz,F.(2021).Çoklu Veri Kaynaklarına Dayalı Okul Performans Değerlendirmesi.21.04.2021, [Ferah Güçlü Yılmaz Kitap.pdf](#).
- Gümüş,S.(2017).Kamu Hastanelerinde Hizmetlerin Pazarlanmasında Hekimlere Uygulanan Performans Sisteminin Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Üzerine Etkileri ve Bir Araştırma.*Hizmet Pazarlaması*(1) içinde (s.907-1071).İstanbul:Hiperlink Yayınları.
- Hanağası,S.(2021).*Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Yönetimi: Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Veren İki Hastane İçin Karşılaştırmalı Bir Analiz*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Hayran,O. ve Sur,H.(1998).*Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü Hastane Yöneticiliği*.İstanbul:Nobel Kitap Evi.
- Hoşgör,H. ve Cengiz,E.(2020).Sağlık Hizmetlerinden Şikayetçi Olan Bireylerin Genel Profili ve Şikayet Nedenleri:Türkiye Merkezli Sistematik Derleme.Hacetepe Sağlık İdaresi Dergisi,23(1),191-217.02.06.2022,DERGİPARK.

- Işığışok,E.(2008).Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi.*İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*,7,1-23.
- Işık,O.(2019).*Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Korunmasında İşverenin Yükümlülüğü*.Yayınlanmamış Doktora Tezi,Kocaeli Üniversitesi.
- İlhan,M.N.,Çakır,M.,Tunca,M.Z.,Avcı,E.,Çetin,E.,Aydemir,Ö.,Tezel,A. ve Bumin,M.A.(2013).Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet:Nedenler,Tutumlar,Davranışlar.*Gazi Medical Journal*,24(1),10.
- Kahraman,B.(2007). *Yönetici Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Personelini Yönetirken Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Karşı Alınan Önlemler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi.
- Kara,G.(2005).*Hekim-Hemşire İlişkisi ve Yaşanan Sorunlar(Anlaşmazlıklar)*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Kaya,S. ve Akgün,A.(1992).Hacetepe Üniversitesi Uygulama Hastanesinde Personel Devri.*Sağlık İdaresi Dergisi*,1(1),36.
- Kaynak,T;Adal,Z;Ataay,İ;Uyargil,C;Sadullah,Ö;Acar,A;Özçelik,O;Dündar,G; ve Uluhan,R.(2000).*İnsan Kaynakları Yönetimi*(2.Baskı).İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Araştırma ve Yardım Vakfı.
- Kılıç,B.ve Eleren,A.(2009).Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Literatür Araştırması.*Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*,1(1),91-118.
- Kılıç,G.(2012).*Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Korkmaz,S.(2008).*Hastanelerde Doktor,Hemşire ve Ebelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Çağ Üniversitesi.
- Korku,C.ve Kaya,S.(2019).Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi:Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri.*Verimlilik Dergisi*,3,91-93.
- Köksal,Y.ve Özdemir,Ş.(2013).Bir İletişim Aracı Olarak Sosyal Medyanın Tutundurma Karması İçerisindeki Yeri Üzerine Bir İnceleme.*Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,18(1),323-337.
- Kubat,G.(2012).Öz Değerlendirmenin 360 Derece Geri Besleme Yöntemindeki İşlevselliği.*Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,5(1),51-65.22.04.2021,Dergi Park.
- Kurt, F.(2007).*Akademisyenlerin Performansının Değerlendirilmesinin Araştırılması ve Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Kocaeli Üniversitesi.

- Küçük,A.(2005).*Kamuda Performans Değerlendirme Sistemi ve Kamu Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi.
- Marangoz,M.ve Biber,L.(2007).İşletmelerin Pazar Performansı İle İnsan Kaynakları Uygulamaları Arasındaki İlişkinin Araştırılmasına Yönelik Bir Çalışma.*Doğus Üniversitesi Dergisi*,8(2),202-217.05.03.2021,Google Akademik.
- Mercanoğlu,Ç.(2012).Örgütlerde Performans Yönetimi ile İşgörenlerin Motivasyonları Arasındaki İlişki.*Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*,4(1),41-52.
- Midilli,Ö.(2011).*Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Kadir Has Üniversitesi.
- Orhan,Ş.(2007).*Kamu Çalışanlarınca Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Algılanması: Bornova Vergi Dairesi Müdürlüğü Örneği*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Dumlupınar Üniversitesi.
- Öge,S.(2017).*İnsan Kaynakları Yönetimi*(9.Baskı).Konya:Eğitim Yayınevi.
- Ökdem,Ş.,Abbasoğlu,A. ve Doğan,N.(2000).Hemşirelik Tarihi,Eğitimi ve Gelişimi.*Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yıllığı*,1(1),6-11.
- Özkan,Ş. Ve Uydacı,M.(2019).Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması.*Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi*,1(1),29-35.
- Öztunç,G.(2001).Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi.*Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,5(1),2-8.
- Öztunç,İ.ve Cural,M.(2017).Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Üzerine Etkileri.*Uluslararası Yönetim ve İşletme Dergisi*,13(13),880-891.10.12.2021,DERGİPARK.
- Öztürk,A.(2001).*Sağlık Hakkı*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Marmara Üniversitesi.
- Öztürk,A.(2010).İnsan Kaynakları Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret ve Teşvik Sistemi.*Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*,2(2),5-8.
- Pala,K.(1995).2000'e Doğru Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu.Toplum ve Hekim,10(68),64.14.05.2021,ULAKBİM.
- Petersen,L.A.,Woodard,L.D.,Urech,T.,Daw,C. ve Sookanan,S.(2006).Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?.*Annals of Internal Medicine*,145(4),265-272.19.05.2022,PUBMED.

Price,J.H.V.,Desmond,S.M.,Krol.R.A.,Snyder,F. Ve Connell,J.K.(1987).Family Practice Physicians Beliefs,Attitues and Practices Regarding Obesity.*American Journal of Preventive Medicine*,3(6),339-345.22.05.2022,PUBMED.

Sabuncuoğlu,Z.(2000).*İnsan Kaynakları Yönetimi*.Bursa:Ezgi Kitapevi.

SAĞLIK BAKANLIĞI 4924 SAYILI KANUNA TABİ SÖZLEŞMELİ SAĞLIK PERSONELİ ATAMA VE YER DEĞİŞTİRME YÖNETMELİĞİ.(2015,11 Şubat).Resmi Gazete(Sayı:29264(Mükerrer)).Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20525&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.

Sağlık Bakanlığı.(31.01.2018).*Acil Servis Genelgesi*.20.05.2022, <https://www.saglik.gov.tr/yazdir?6608C5740CEEBA4A51479CFD58E2AB54>.

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik.(2020,4 Mart).Resmi Gazete(Sayı:31058(Mükerrer)).Erişim Adresi: <https://khgmekodemdb.saglik.gov.tr/TR-78135/ek-odeme-yonetmeligi-12012021-tarih-ve-31362-sayili-rg-degisikligi-islenmis-hali-ve-genel-yazi.html#>

Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması.(2013).10.09.2021, <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>.

Sağlıkta Dönüşüm Programı.(2007).23.05.2022, [donusum_turk_2.pdf](#).

Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2020.(2021,Eylül). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni,9. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>.

Sarıaltın,H.(2017).Performans Yönetiminde Performans Değerlendirme ve Öneri Sistemlerinin Sürdürülebilir Verimliliğe Etkisinin İncelenmesi: Bir Örnek Olay Çalışması.*İşletme Bilimi Dergisi*,5(1),117-141.21.04.2021,DergiPark

Sayer,A.(2010).”Sağlıkta Dönüşüm” ve Kamu Sağlık Çalışanları.*Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*,11(42),12-22.

Seren-Harmancı,A.K. ve Yıldırım,A.(2012).Özelleştirme: Sağlıkta Özelleştirme ve Hemşireler.*Anadolu Hemşirelik ve Bakım Dergisi*,16(1),123-131.

Sert,S.(2019).*Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.

Sevimli,S.(2006).*Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi.

- Soyer,A.(2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2(4),179-182.18.11.2021, [Microsoft Word - 179-182_Soyer \(deu.edu.tr\)](#).
- Soyer,A.,Yazgan,A.,Kılıç,B.Yavuz,C.I.,Şehoğlu,C.O.Akyol,E.,Yentürk,E. ve ark.(2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere ve Sağlık Personeline Ne getiriyor?*(1.Baskı).Kocaeli:Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Sözbilen,M.C.(2019).Mortalite ve Medical Komplikasyonlar.Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi,18,108-113.24.05.2022, https://dergi.totbid.org.tr/uploads/pdf_678.pdf.
- Sözen,C. ve Özdevecioğlu,M.(2002).*Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*.Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Sünter,M.(2019).Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetiminin Önemi.*Verimlilik Dergisi*,(3),143-150.
- Şenel,E.(2004).*Sağlık Kuruluşlarında Süreç Yönetiminin Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama Örneği*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Uludağ Üniversitesi.
- Şentürk,B.(2019).*Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Cepten Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi*.Yayınlanmamış Doktora Tezi,Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi.
- Tanrıverdi,D. ve Ekinci,M.(2007).Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Sorunlara Sahip Olma Durumları ve Problem Alanlarının Saptanması.*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,10(4),243.
- Tekkanat,U. (b.t.).Genel Sağlık İstatistikleri Özet Bilgiler.29.05.2022, <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>.
- Tenekecioğlu,B.(Ed.).(2004).*Pazarlama Yönetimi*.Eskişehir:T.C.Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Terzioğlu,F.(2004).HIV/AIDS İle İlgili Damgalama ve Ayrımcılık:Hemşireler İçin Müdahale Stratejileri.*Türk HIV/AIDS Dergisi*,7(2),57-62.
- Tunçer,P.(2013).Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Motivasyon.*Sayıştay Dergisi*,88,87-108.
- Türkmen,E.(2015).Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama.*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,2(3),69-80.

- Uçan,Ö.,Taşçı,S. ve Ovaoğlu,N.(2008).Eleştirel Düşünme ve Hemşirelik.*Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,3(7),23.
- Uludoğan,S.(2010).Ameliyathane Hemşirelerinin Yönetmel Sorunlarının İncelenmesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi,Marmara Üniversitesi.
- Uygur,A.ve Sümerli Sarıgül,S.(2015).360 Derece Performans Değerlendirme ve Geri Bildirim Sistemi.Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,33,189-201.
- Uysal,Ş.(2015).Performans Yönetimi Sisteminin Tanımı,Tarihçesi,Amaç ve Temel Unsurlarına Genel Bir Bakış.*Electronic Journal of Vocational Colleges*,5(2),32-39.
- Uzkesici,N.(Ed.)(2002).Sağlık Kurumları Yönetimi.Eskişehir:Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Ünal,A.(2019).Zaman Yönetimi ve Performans Değerleme Arasındaki İlişkinin Öz değerlendirme ile Tespit Edilmesi:İstanbul İlinde Bir Araştırma.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Balıkesir Üniversitesi.
- Ünal,A. ve Seren,Ş.(2010).Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Birimlerde İstihdamı ve Nedenlerinin İncelenmesi.Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi,3(1),23.
- Ünsal,A.(2017).Hemşireliğin Dört Temel Kavramı:İnsan,Çevre,Sağlık,Hastalık,Hemşirelik.Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,1(1),11-25.
- Yalçın,T. ve Yıldırım,H.(1999).Cumhuriyet ve Sağlık Kurumları Yönetimi.Modern Hastane Yönetimi,3(5),18.
- Yanikerem,E.(2006).Öğrencilerin Hemşire Eğitimcilerde Aradığı Özellikler:Değerlendirme Aracının Geliştirilmesi Çalışması.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,1(22),38.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ.(21.08.2020).T.C.Resmi Gazete(31220,21 AĞUSTOS 2020).
- Yıldırım,R.F. ve Kumru,S.(2021).Hasta Şikayetleri ve Tatmininin Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezine Yapılan Başvurular İle Değerlendirilmesi:İstanbul-Kadıköy Örneği.Eurasian Journal of Healty Technology Assessment,5(2),124-137.01.06.2022,DERGİPARK.
- Yılmaz,F.ve Ünsar,S.(2007).Performans Değerlendirme Sistemi ve Kullanım Alanları.Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,9(1),35-57.04.03.2021,Google Akademik.

Yılmaz,G.,Ataer,M.ve Efe,G.(2018).Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmeti Memnuniyeti:İstanbul Örneği.*Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*,40(2),347-369.

Yüksel,İ.(2003).Hemşirelerin İş Güçlüğü Faktörlerinin Belirlenmesi, İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi.*Öneri Dergisi*,5(20),131-139.

Zengin,E.ve Erdal,A.(2000).Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi.*Journal Of Qafqaz University*,3(1),43-56.



EKLER

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket, İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Programında hazırlamakta olduğum “Sağlık İşletmelerinde Hizmetlerinin Yürütülmesinde Sağlık Personeli Odaklı Performansa Dayalı Ödeme Sistemleri: Bir Devlet Hastanesi Örneği ” adlı tez çalışmamda kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

İki bölümden oluşan anket çalışmasının birinci bölümünde, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hizmet kalitesine etkisi hakkındaki değerlendirmelerinizi belirleyen ifadeler; ikinci bölümde ise, demografik bilgileriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacak ve araştırmanın amaçları dışında kullanılmayacaktır. Anketin değerlendirilebilmesi için tüm soruları yanıtlamanız büyük önem taşımaktadır. Anketle ilgili sorularınız olursa, aşağıdaki e-posta adresinden bana ulaşabilirsiniz.

Ankete gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Beyza ÇELİK

İstanbul Esenyurt Üniversitesi
Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü
Hastane ve Sağlık Kurumları
Yönetimi Programı Yüksek
Lisans Öğrencisi

İLETİŞİM

Bölüm I. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulanmadan önceki durum ile karşılaştırarak, aşağıdaki ifadeleri “**Çok Azaldı**”, “**Azaldı**”, “**Değişmedi**”, “**Arttı**”, “**Çok Arttı**”, “**Fikrim Yok**” seçeneklerinden birini işaretleyerek tamamlayınız.

		Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Uygulaması Öncesine Göre					
		Çok Azaldı	Azaldı	Değişmedi	Arttı	Çok Arttı	Fikrim Yok
1	Hastaların muayene için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
2	Hastaların tetkik için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
3	Hastaların hastaneye yatmak için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
4	Hastaların ameliyat olmak için beklediği süre	O	O	O	O	O	O
5	Hasta başına düşen muayene süresi	O	O	O	O	O	O
6	Sağlık hizmeti sunanların tetkik ve tedavilerde maliyetleri de göz önünde bulundurması	O	O	O	O	O	O
7	Sağlık hizmetlerinin üretiminde kullanılan kaynakların (teçhizat, araç-gereç, malzeme, vb) israfı	O	O	O	O	O	O
8	Kişisel özellikler (cinsiyet, etnik durum sosyo-ekonomik durum) bakımından fark gözetilmeksizin, bütün hastalara aynı kalitede hizmet verilmesi	O	O	O	O	O	O
9	Hastalar ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin kalitesi	O	O	O	O	O	O
10	Hastaların hekimle olan iletişimde soruları rahatça sorma ve sorularına cevap bulma durumu	O	O	O	O	O	O

		Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Uygulaması Öncesine Göre					
		Çok Azaldı	Azaldı	Değişmedi	Arttı	Çok Arttı	Fikrim Yok
11	Hizmet sunulan ortamın fiziki şartlarının uygunluğu (mahremiyet, rahatlık, temizlik, vb.)	O	O	O	O	O	O
12	Hastanenin mevcut koşulları altında, hastalara ihtiyacı olan hizmetlerin verilme derecesi	O	O	O	O	O	O
13	Hastaların hizmet almasının kolaylığı	O	O	O	O	O	O
14	Etik olmayan uygulamalar	O	O	O	O	O	O
15	Hasta değerlendirmelerinin ve tedavilerinin doğru şekilde yapılması	O	O	O	O	O	O
16	Koruyucu hizmetler ile erken teşhis ve tedavi hizmetlerine verilen önem	O	O	O	O	O	O
17	Hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması	O	O	O	O	O	O
18	Tıbbi hatalar (uygulama hataları)	O	O	O	O	O	O
19	Komplikasyonlar	O	O	O	O	O	O
20	Hastane kaynaklı enfeksiyonlar	O	O	O	O	O	O
21	Hasta güvenliğini artıran, hataları azaltan uygulamalar	O	O	O	O	O	O
22	Gereksiz tetkikler	O	O	O	O	O	O
23	Gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller)	O	O	O	O	O	O

		Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Uygulaması Öncesine Göre					
		Çok Azaldı	Azaldı	Değişmedi	Arttı	Çok Arttı	Fikrim Yok
24	Hastaların gereksiz yattığı günler (hastanın yatış süresinin gereğinden uzun olması)	O	O	O	O	O	O
25	Hastanın gereğinden daha kısa sürede taburcu edilmesi (hastanın yatış süresinin gereğinden kısa olması)	O	O	O	O	O	O
26	Endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleler	O	O	O	O	O	O
27	Hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmesi	O	O	O	O	O	O
28	Hastaların bilgilendirilme ve tıbbi kararlara katılma derecesi	O	O	O	O	O	O
29	Hastalardan gelen şikâyetler	O	O	O	O	O	O
30	Hasta Memnuniyeti	O	O	O	O	O	O
31	Çalışanlar arasındaki işbirliği	O	O	O	O	O	O
32	Çalışma isteğiniz	O	O	O	O	O	O

Bölüm II. Demografik Bilgiler

1.Çalıştığınız Pozisyon(Görev Unvanınız)

	İdari Birimler
☐	Başhekim / Başhekim Yardımcısı
☐	Müdür / Müdür Yardımcısı
☐	Başhemşire / Başhemşire Yardımcısı
	Klinikler
☐	Klinik Şef / Şef Yardımcısı
☐	Uzman Hekim
☐	Asistan
☐	Pratisyen Hekim
☐	Sorumlu Hemşire
☐	Hemşire
☐	Ebe
☐	Sağlık Memuru
☐	Fizyoterapist
☐	Psikolog

2.Görev Yaptığınız Alan

☐	Başhekimlik	☐	İntaniye Kliniği
☐	Hastane Müdürlüğü	☐	Kadın Doğum Kliniği
☐	Başhemşirelik	☐	Kardiyoloji Kliniği
☐	Acil Cerrahi Kliniği	☐	KBB Kliniği
☐	Acil Dahiliye Kliniği	☐	Kemik İliği Kliniği
☐	Beyin Cerrahi Kliniği	☐	Nefroloji Kliniği
☐	Genel Cerrahi Kliniği	☐	Noroloji Kliniği
☐	Dahiliye Kliniği	☐	Ortopedi Kliniği
☐	Dermatoloji Kliniği	☐	Özel Servis
☐	Endokrin ve Metabolizma Kliniği	☐	Plastik Cerrahi Kliniği
☐	Fizik Tedavi Kliniği	☐	Psikiyatri Kliniği
☐	Gastroenteroloji Kliniği	☐	Romatoloji Kliniği
☐	Göğüs Cerrahi Kliniği	☐	Tıbbi Onkoloji Kliniği
☐	Göz Kliniği	☐	Üroloji Kliniği
☐	Hematoloji Kliniği	☐	Yanık Kliniği

3.Yaşınız

4. Cinsiyetiniz. ()Kadın () Erkek

5.Bu hastanedeki çalışma süreniz... Yıl

6. Hekim Dışı Sağlık Personeli İçin: Eğitim Durumunuz.

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

Katılımınız İçin Teşekkürler...

Ek-2: Araştırma Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E-12483425-199-16832
Konu : Etik Kurul Onayı Hk.

Sayın Beyza ÇELİK

"Sağlık İşletmelerinde Hizmetlerin Yürütülmesinde Hemşireler Odaklı Performansa Dayalı Ödeme Sistemleri: Bir Devlet Hastanesi Örneği" başlıklı araştırmanız, İstanbul Esenyurt Üniversitesi Etik Kurulu'nun 18.04.2022 tarihli ve 2022/04-13 no'lu toplantısında görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Hayrettin AKKAYA
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0D28-MK97-8V1U Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.esenyurt.edu.tr>

Adres: Zafer Mahallesi, Adile Naşit Blv. No:1, 34510 Esenyurt / İSTANBUL
Telefon No : 444 9 123 Fax No : 0212 699 09 90
e-Posta : bilgi@esenyurt.edu.tr İnternet Adresi : www.esenyurt.edu.tr
Kep Adresi : esenyurtuniversitesi@hs02.kep.tr

Bilgi İçin :Tuğçe ADIGÜZEL
Yüksekokul Sekreteri
Dahili No:



SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMETLERİN YÜRÜTÜLMESİNDE HEMŞİRELER ODAKLI PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİ: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 10	% 2	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	% 1
3	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 1
6	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	% 1
7	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
8	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1

www.researchgate.net

9	İnternet Kaynağı	<%1
10	t.ogren-sen.com İnternet Kaynağı	<%1
11	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
12	auzefkitap.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
13	Submitted to Suleyman Demirel University Öğrenci Ödevi	<%1
14	esenyurt.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
15	acikerisim.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
16	acikerisim.ticaret.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
17	atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
18	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
19	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<%1
20	www.canaktan.org İnternet Kaynağı	

<% 1

21

Submitted to Eastern Mediterranean
University
Öğrenci Ödevi

<% 1

22

acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı

<% 1

23

dergipark.gov.tr
İnternet Kaynağı

<% 1

24

www.manas.kg
İnternet Kaynağı

<% 1

25

Meryem Türkan Işık, Gülay Yıldırım.
"Individualized care perceptions and moral
distress of intensive care nurses", Nursing in
Critical Care, 2021
Yayın

<% 1

26

TANRIVERDİ, Derya and EKİNCİ, Mine.
"Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal sorunlara
sahip olma durumları ve problem alanlarının
saptanması", Atatürk Üniversitesi, 2007.
Yayın

<% 1

27

openaccess.hku.edu.tr
İnternet Kaynağı

<% 1

28

dspace.ankara.edu.tr
İnternet Kaynağı

<% 1

29	Submitted to The University of the West of Scotland Öğrenci Ödevi	<%1
30	earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
31	Submitted to Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Öğrenci Ödevi	<%1
32	keciorenosmanliadsm.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
33	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
34	kocaelieah.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
35	www.ahmetsaltik.net İnternet Kaynağı	<%1
36	www.eab.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
37	www.isl.yildiz.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
38	www.aksarayadsm.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
39	acikerisim.akdeniz.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

40

dspace.akdeniz.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

41

dspace.trakya.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

42

hdl.handle.net

İnternet Kaynağı

<% 1

43

www.haberler.com

İnternet Kaynağı

<% 1

44

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde