



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

Nurse-Oriented Performance Based Payment System In Conducting Services Of Healthcare Facilities: Public Hospital Example.

ÖZET

2003 yılında sağlıkta dönüşüm hareketi ile ortaya çıkan performansa göre çalışanlara ek ödemenin yapılması öncelikle sağlık sisteminde profesyonelleşme, hizmetlerin üretimi ve tüketiminde verimlilik, kalite, memnuniyet oranını artırma gibi hedeflerle ortaya çıkmıştır. Bu hedeflerin karşılanma düzeyini sağlık sisteminin temel unsuru olan çalışanların perspektifi ile açıklamak araştırmanın amacıdır. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin, sağlık çalışanlarının ve hemşirelerin performanslarına ve hizmet kalitelerine olan etkisi araştırılmıştır.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Bölümlerde, Türkiye’de sağlık işletmeleri ve hizmetlerinin yapısı, sağlıkta hemşire odaklı başarı değerlendirme sistemleri, performansa dayalı hemşirelik hizmetleri ve ödeme sistemlerine yönelik detaylı bilgilendirme yapılmıştır. Son olarak, Korku(2019)’un geliştirdiği anket uygulanmış ve veriler analiz edilmiştir.

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

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 has been investigated.

The study consists of four parts. 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 questionnaire developed by Korkut (2019) has been applied and the results has been analyzed.

The universe of the research is in Kocaeli, T.C. It consists of all health workers in hospitals affiliated with the Ministry of Health. A questionnaire with 32 questions was applied to 136 health workers with one-to-one interviews. Statistical analyses were performed with the help of the SPSS 17.0. By using histograms and Kolmogorov-Smirnov test we checked if the variables are normally distributed. Categorical variables were compared with the Pearson Chi-Square Test.

The patient's waiting time for examination, examination, surgery, unnecessary examinations, resources waste, 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 positives 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. We offered suggestions concerning the results.

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

TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞLETMELERİ

Giriş: Sağlık İşletmelerinin Genel Yapısı

Alan yazını tarandığında tarihte yer alan uygarlıklarda bile var olan hastaneler geçmişten günümüze doğru toplum için vazgeçilmez kurumlar olmuştur. Doğumun gerçekleşmesinden itibaren yaşamın her safhasında tüm bireylerin yaşamını sağlıklı şekilde geçirmeleri en temel haklarıdır. Hastane kurumları kişilerin bu gereksinimlerini karşılamadaki 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.

Sefer Gümüş¹
Beyza Çelik²

How to Cite This Article

Gümüş, S. & Çelik, B. (2023).
“Sağlık İşletmelerinde
Hizmetlerin Yürütülmesinde
Hemşireler Odaklı Performansa
Dayalı Ödeme Sistemleri: Bir
Devlet Hastanesi Örneği”,
Journal of Social, Humanities and
Administrative Sciences,
9(65):2983-2994. DOI:
[http://dx.doi.org/10.29228/JOSH
AS.70348](http://dx.doi.org/10.29228/JOSH
AS.70348)

Arrival: 30 April 2023
Published: 30 June 2023

International Journal of Social, Humanities and
Administrative Sciences is licensed under a
Creative Commons Attribution-NonCommercial
4.0 International License.

This journal is an open access, peer-reviewed
international journal.

¹Dr. Öğr. Üyesi., İstanbul Esenyurt Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, E-Ticaret ve Pazarlama, İstanbul, Türkiye

²Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Programı, İstanbul, Türkiye

Hastanelerde verilen hizmetin kalitesi performansın belirlenmesindeki 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).

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 fonksiyonları arasındadır (Gümüş, 2017). Hastanelerin;

- ✓ Hastaların ihyacı 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).

Hastanelerin İşletmelerinin Özellikleri

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

Hastanelerin 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 karşılanmasındaki sorumluluk devlete aittir. Bu hizmetin sunumu ülkemizde anayasal güvence altındadır. Ve burada asıl görevi üstlenen organ sağlık bakanlığıdır (Gökdal, 2014). 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).

Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

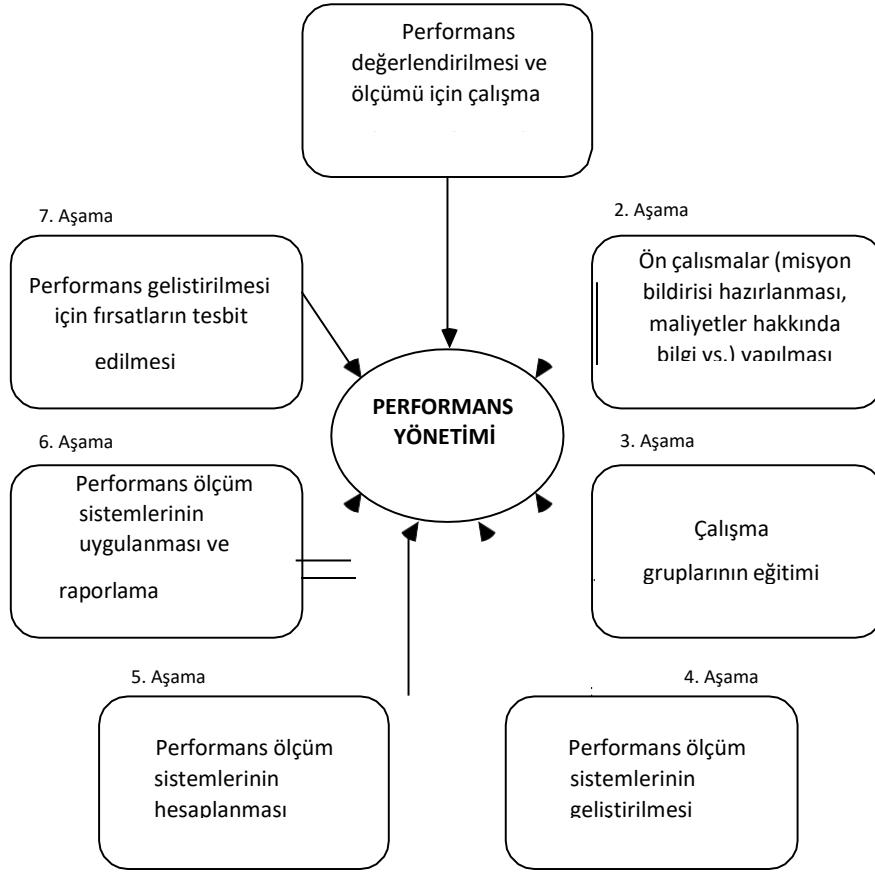
Sağlık hizmetlerinin değişkenlerinden söz ederken hizmetlerin sunumundaki en önemli unsurlardan olan kaynak ile organizasyona değinmek yerinde olacaktır. Çünkü bu iki faktör hizmetin kalitesini doğrudan etkiler. Sağlık işletmelerinin kaynakları, hizmet sunumunda aktif olarak yer alan iş gücünden fiziki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

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).

SAĞLIKTA HEMŞİRELER ODAKLI BAŞARI DEĞERLENDİRME SİSTEMİ

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). Bu süreç döngüsel olarak uygulanır.



Şekil 1: Performans Yönetim Süreci

Kaynak: Aktan (2009).

Performans Yönetimi ve Değerlemenin 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). Performans yönetiminin amaçlarını kısaca:

- ✓ 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)

Sağlık Sektöründe Hemşirelerde 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 sürdürülebilir 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).

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 (Doğan ve Doğan, 1996)

Hastane İşletmelerinde Hemşirelik Hizmetleri ve Sorunları

Bir kişinin sağlıklı 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).

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.

Sağlıkçılara ve Hemşirelere 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.

Ek Ödeme Sisteminin Ana Hatları

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).

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 aşlamak 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).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada 136 sağlık çalışanı yüz yüze anket yapılmış ve istatistik analizleri yapılarak sonuç ve öneriler getirilmiştir.

Araştırmanın Amacı: Örgütsel amaca giden yoldaki eksikliklerin tespit edilmesi ve iyileştirici eylemlerin uygulamaya konulması, yönetsel kararların subjektiflikten 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 düşünöldüğünde, performansa dayalı ücret uygulamasına dair hemşirelerin görüşleri alınarak memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi de amaçlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni: 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.

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 çalışanlarından oluşmaktadır. 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.

Veri Toplama Aracı ve Tekniğı

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.

Anket soruları 136 sağlık çalışanına yüz yüze görüşme ile cevaplandırılmıştır.

Görüşmeler her bir çalışanla ortalama yarım saat süre zarfında gerçekleştirilmiştir.

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 değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda 2'den fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

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)	
Çalıştığınız Pozisyon (Görev Unvanınız)	Müdür / Müdür Yardımcısı	1	(,74)	
	Uzman Hekim	9	(6,62)	
	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)	
	Unvan	Hekim	9	(6,62)
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)	
Görev alanı		Dahili birimler	78	(57,35)
		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.

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 kalitedehizmet verilmesi												
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 rahatçassorma 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 ihtiyacıolan 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 doğruşekilde 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 yatışsüresinin 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 isteğininiz	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.

Tablo 3: PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Endikasyonsuz "Uygunuz" 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	(41,28)	16	(27,59)		
	Cerrahi birimler	13	(30,95)	15	(35,71)	14	(33,3)		
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)		
	Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	5	(22,73)	10	(45,45)	7		
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)		

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

Tablo 4: DEÖS Uygulaması Öncesine Göre Hasta Memnuniyeti

		Azaldı		Değişmedi		Arttı		X^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)		
	Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	8	(30,77)	6	(23,08)	12		
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 5: PDEÖS Uygulaması Öncesine Göre Çalışanlar Arasındaki İş birliği

		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)		
	Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	5	(19,23)	10	(38,46)	11		
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 İş birliği 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 6: 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)		
Hizmet süresi (yıl)	1-4 yıl	15	(55,56)	8	(29,63)	4	(14,81)	16,538	0,035
	5-9 yıl	36	(72,00)	8	(16,00)	6	(12,00)		
	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 sürelerindekiyle göre daha düşüktür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

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 artırma 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 düşünülmeksizin 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 düşünenler 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 çalışanın 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.

KAYNAKLAR

Acar, A. (2010). İnsan Kaynakları Yönetimi. Web site: 22 Nisan 2023 tarihinde, 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., Gazioglu, E. ve Uğan, Ç. (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 Değerleme 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 International 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.
- Arsantaş, D. (2015). Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı. Temel Sağlık Hizmetleri (4) içinde (3-19). Eskişehir: T.C Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Aslantekin, F., Göktepe, 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 Akgeçici, T. (2016). İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme. İnsan Kaynakları Yönetimi ve Kariyer Uygulamaları (3) içinde (39-48). Konya: Eğitim Yayınevi.
- Bağcı, H. ve Atasever, M. (2020). Türkiye Sağlık Sistemi. Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Başaran S., Gürboğa C., Karçkay K., Uğurlu B., İltar 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., Soyututan Çağlar, İ., Aygün, A. ve Adem Özdemir, T. (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 Sağlıkın 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),798-8