SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ DERGİSİ

Journal of Institute of Social Sciences

Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi- Journal of Institute of Social Sciences
DOI: https://doi.org/10.54558/jiss.1687968

Derleme Makalesi / Review Article

Performansa Bağlı Ödeme ve Etkileri: Hemşirelik Perspektifi

Pay-for-Performance Payment and Effects: Nursing Perspective

Nazan TORUN[1]*

[1]* Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye.

***Sorumlu yazar/ Corresponding author:**
nazantorun@aybu.edu.tr

Başvuru/Submitted: 30.04.2025
Kabul/Accepted: 08.09.2025

Atıf/Cite as:
Torun, N. (2025). Performansa bağlı ödeme ve etkileri: Hemşirelik perspektifi, *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *16*(2), 638-654.

Öz

Amaç: *Performansa göre ödeme girişimleri, istenen bakım süreçlerini ve sonuçlarını geri ödemeyle uyumlu hale getirerek bakım kalitesini artırmaya çalışmaktadır. Performansa göre ödemenin ana odak noktası daha çok hekimler üzerinde olup hemşireler üzerindeki potansiyel etkisine nispeten daha az önem verilmiştir. Ayrıca, performansa göre ödeme ölçütlerinin hemşirelik bakımı ve süreçleri üzerindeki etkisi çok araştırılmamıştır. Ancak akut bakım ortamlarında, Örneğin COVID 19 Pandemi döneminde, bakım süreçleri ve hasta sonuçları üzerindeki etkisinden dolayı hemşirelikte performansa göre ödeme ölçütlerine olan ilgi artmıştır. Performansa göre ödeme standartları geliştikçe ve hasta sonuçlarını kapsadıkça, hemşirelerin katkıları dikkat çekecektir. Bu çalışma hemşirelere özgü performansa göre ödeme modellerini ve hemşirelere, sağlık sistemlerine olan etkilerini incelemek amacı ile yapılmıştır.*

Yöntem: *Bu amaç doğrultusunda performansa göre ödeme yöntemlerinin sağlık hizmetlerine olan etkileri tartışılmış ve bu konuda yapılan çalışmalar incelenmiştir. Ayrıca hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde uygulanan performansa göre ödeme modelleri incelenmiştir. Son olarak çalışmada hemşirelere özgü performansa göre ödeme modelleri incelenmiş ve performansa göre ödemenin hemşirelere olan etkileri hakkında yapılan çalışmalara yer verilmiştir.*

Bulgular: *Performansa göre ödemenin sağlık hizmetlerine etkilerine olan genel varsayım, sağlık çalışanlarını ve yöneticilerini üretkenliği ve bakım kalitesini artırmaya motive edeceği ve nihayetinde sağlık sistemini güçlendireceğidir. Performansa göre ödemenin programının başarısı için uygun bir teşvik paketi elzemdir. Bununla birlikte sürdürülebilir ve destekleyici yönetim ve denetim sistemlerinin olması, uygun ekipman, temel ilaçlar ve diğer tıbbi malzemelerin olması programın başarı için gerekli olduğu savunulmaktadır. Hemşirelere özgü geliştirilecek performansa göre ödemenin, hemşirelerin sonuçlardan korkmak yerine olumlu pekiştirme ve ödüller yoluyla mükemmelleşmeye motive oldukları destekleyici bir ortam yaratması önemlidir. Hemşireler hem bireysel hem de ekip içinde birçok görevleri bulunmakta olup performans değerlendireme kriterleri bu görevlerine uygun olarak yapılabilir.*

Sonuç: *Çalışma sonucunda hemşirelere özgü başarılı performansa göre ödeme modelinin geliştirilmesinde dikkat edilmesi gereken konularda önerilerde bulunulmuştur.*

Özgünlük: *Bu çalışma, hemşirelere özgü performansa göre ödeme modellerini ve performansa bağlı ödeme yöntemlerinin hemşirelere, sağlık sistemlerine olan etkilerini kapsamlı bir inceleme sunarak yurt dışında olduğu gibi iş hem verimliliği hem de işbirliğini sağlayacak şekilde ünite/ekip tabanlı teşvik programları geliştirilebilmesi konusunda hem politika yapıcılara hem de literatüre önemli katkı sunmaktadır.*

Anahtar Kelimeler: *Hemşire, performans, performansa bağlı ödeme.*

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Abstract

Aim: *Pay-for-performance payment initiatives attempt to improve the quality of care by aligning desired care processes and outcomes with reimbursement. The main focus of Pay-for-performance payment has been on physicians, with relatively less attention given to its potential impact on nurses. In addition, the impact of pay-for-performance payment criteria on nursing care and processes has not been widely studied. However, in acute care settings, such as during the COVID-19 Pandemic, interest in pay-for-performance payment criteria in nursing has increased due to its impact on care processes and patient outcomes. As pay-for-performance payment standards develop and encompass patient outcomes, the contributions of nurses will attract attention. This study was conducted to examine pay-for-performance payment models specific to nurses and their effects on nurses and healthcare systems.*

Method: *For this purpose, the effects of pay-for-performance payment methods on healthcare services were discussed and studies conducted on this subject were reviewed. In addition, pay-for-performance payment models implemented in both developed and developing countries were examined. Finally, the study examined pay-for-performance payment models specific to nurses and included studies on the effects of pay-for-performance payment on nurses.*

Results: *The general assumption regarding the effects of pay-for-performance payment on healthcare services is that it will motivate healthcare workers and managers to increase productivity and quality of care and ultimately strengthen the healthcare system. An appropriate incentive package is essential for the success of a pay-for-performance payment program. However, it is argued that sustainable and supportive management and audit systems, appropriate equipment, essential medicines and other medical supplies are essential for the success of the program. It is important that the pay-for-performance payment to be developed specifically for nurses creates a supportive environment where nurses are motivated to excel through positive reinforcement and rewards rather than fearing the results. Nurses have many duties both individually and within the team, and performance evaluation criteria can be made in accordance with these duties.*

Conclusion: *As a result of the study, suggestions were made on issues that need to be considered in the development of a successful performance-based payment model specific to nurses.*

Originality: *This study provides a comprehensive review of performance-based payment models specific to nurses and the effects of performance-based payment methods on nurses and health systems, thus making a significant contribution to both policy makers and the literature in developing unit/team-based incentive programs that will ensure both productivity and collaboration, as is the case abroad.*

Key Words: *Nurse, performance, pay-for-performance payment.*

Giriş

Ticari kuruluşlar, çalışanlarının göstermiş olduğu iş performansına göre ödeme yapmaktadır. Bazı sektörler iş performansına göre ödeme yapılmasının üretkenliği arttırdığı ve şirket hedeflerine ulaşmak için grup teşviki sağladığı görüşündedir. Sağlık sektörü ise esasta etik nedenlerden dolayı performansa bağlı ödeme (PBÖ) teşvik modellerini benimsemekte yavaş davranmıştır. Hecht vd., (2004), PBÖ ile ölçülebilir sonuçlara ulaşma konusunda dünya çapında giderek artan bir ilgi olduğunu belirtmiştir (Hecht, Batson ve Brenzel, 2004, s.16-19).

PBÖ, ölçülebilir bir eylemin gerçekleştirilmesine veya önceden belirlenmiş bir performans hedefine ulaşılmasına bağlı olarak para veya maddi malların transferi olarak tanımlanmaktadır (Eichler, 2006, s. 4-54). PBÖ temsilcilerin finansal kazançla motive oldukları ve geliri en üst düzeye çıkarmanın yollarını arama inancına dayanmaktadır. PBÖ'nün sağlık hizmetlerinde kullanılmasının mantığı, bu tür ödeme planlarının iş dünyasında veya özel sektördeki görünür başarısına dayanmaktadır. Pek çok gelişmiş ülkenin sağlık sistemi bu yaklaşımı benimsemekte ve girdi bazlı bütçeler yoluyla finansman, teşhisle ilgili gruplara dayalı (DRG) ödemeler de dahil olmak üzere hizmet başına ücret planlarına geçiş yapmıştır (Ettelt, Thomson, Nolte ve Mays, 2006, s. 3-5). Son zamanlarda gelişmiş ülkeler ile birlikte düşük gelirli ülkeler ve kırılgan olan ülkeler de PBÖ'yi, belirli sağlık hedeflerine ulaşmanın etkinliğini artırmanın bir yolu olarak görmüş ve PBÖ uygulamalarına büyük ilgi göstermiştir (Hecht ve diğerleri, 2004; Meesen, Kashala ve Musango, 2007, s. 108-115). PBÖ, yüksek gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Örneğin, İngiltere'nin Ulusal Sağlık Sisteminde 2000 yılından beri hastanelere fon tahsisini üstlendikleri faaliyetlerle ilişkilendirmeyi amaçlayan sonuçlara göre ödeme adı verilen bir yaklaşım kullanılmaktadır. Bu yaklaşım, ödemeyi faaliyetten ziyade sonuçlara bağlama konusunda hala yetersiz kalmaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının davranışlarını kontrol etmek için daha güçlü mali teşviklerin kullanılması yönünde yaygın eğilim bulunmaktadır. Daha fazla hastane PBÖ girişimlerini uygulama konusunda deneyim kazandıkça, kuruluşların hasta sonuçlarını etkileyen en iyi bakım yapısını ve süreçlerini belirlemelerine yardımcı olacak bir veri tabanı geliştirilebilir. Başarılı program tasarımlarının yanı sıra başarısız olan unsurların belirlenmesi, karmaşık hasta bakımı durumlarının yönetiminde ilerlemek için gerekli kanıtları sağlayacaktır (Eldridge ve Palmer, 2009).

PBÖ, sağlık hizmetlerinin kalitesini, niceliğini ve eşitliğini iyileştirmeye yönelik bir reform yaklaşımıdır. PBÖ'nün en önemli amacı sağlık çalışanlarını en iyi şekilde nasıl motive edilebileceğine odaklanarak istenen bakım süreçlerini ve sonuçlarını geri ödemeyle uyumlu hale getirerek bakım kalitesinde iyileştirmeler yapmaktır (Doran vd., 2011, s. 342). PBÖ'nün başarılı bir şekilde uygulanması en az iki bağlamsal değişkene bağlı olduğu görülmektedir. Birincisi, uygulanan programın doğası ikincisi ise başarıyı değerlendirmek için kullanılan kriterlerdir. Hükümetin ve yönetimsel düşüncenin en çok ilgilendiği ve en tartışmalı olduğu istihdam ilişkisidir. Psikolojik temelli ihtiyaç teorilerini

eleştirenler, ücretin insanları işyerinde motive etmede önemli bir faktör olduğuna ve onların katkılarına göre ödüllendirilmek istediklerine işaret etmektedir. PBÖ'nün etkinliğini değerlendirmek için en az dört başarı ölçüsü kullanılabilir. Bunlar: (Martin, 1994, s. 10-17).

(1) Ücret ile performans arasında ne ölçüde algılanan bir bağlantı var?

(2) PBÖ çalışanlar arasındaki ilişkileri ve/veya yöneticiler ile çalışanlar arasındaki ilişkileri güçlendiriyor mu?

(3) Çalışanlar tarafından isteniyor mu?

(4) PBÖ'nün teori ve pratikle tanımlanan olumsuz yan etkileri nelerdir?

PBÖ, hesap verebilirliği bir çözüm sürecinin sadece bir adımı olarak görmek yerine Dünya Bankası Kalkınma Raporunda da belirttiği gibi sağlık çalışanlarının, ekonomik olarak hizmetlere erişimde yetersiz olan hastalara karşı sorumlu olmaları gerektiğini savunmaktadır (Dünya Bankası, 2004). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine - IOM), PBÖ'nün tüm sağlık çalışanlarının performansını iyileştirmede fırsat sağladığını, sağlık sistemi genelinde yenilikçi ve yapıcı değişimi desteklediğini ve özellikle koordinasyon yoluyla bakım sonuçlarını daha iyi yaptığı ileri sürmektedir (IOM, 2006).

Maffei ve diğerleri (2008) PBÖ programlarının başarısı için kesinlikle kritik olan 5 bileşen bulunduğu belirtmişlerdir. Bu bileşenlerden birincisi programı, somut bir yatırım getirisi vaat eden sağlam bir iş vakası üzerine inşa ederek iş durumunu yansıtacak şekilde tasarlamak. İkincisi geçerli ve güvenilir performans ölçütleri seçmek. Üçüncüsü verileri titiz ve güvenilir bir şekilde toplamak ve analiz etmek. Başarılı bir PBÖ programının geliştirilmesinin temel anahtarlarından biri çalışanlar ile devam eden iletişimlerdir. Doktorları ve diğer çalışanları programın gerekliliği konusunda başlangıçta bilgilendirilmeli ve programın hangi unsurları içereceği konusunda onlarla düzenli olarak iletişim kurulmalıdır. Böylelikle çalışanlar tarafından algılanan güvensizlik azaltılır ve iş birliği artırılmış olur. Dördüncüsü istenen değişiklikleri üreten çalışan teşvikleri oluşturmak. Kritik olan son bileşen ise dengeyi sağlamak için programı verimli bir şekilde yönetmek (Maffei Maffei, Turner ve Dunn, 2008).

Birçok kuruluş, COVID-19 krizi nedeniyle performans ölçümündeki zorluklar ve performansa dayalı ödemelerdeki kesintiler nedeniyle performans yönetimini kısıtlamış hatta kullanmayı bırakmışlardır. Bir kriz sırasında performansı ölçmekle ilişkili zorlukların üstesinden gelmek için Performans Tavsiye Puanını önerilmektedir. Performans Tavsiye Puanı COVID-19 salgını gibi bir kriz döneminde kullanışlı, pratik, alakalı ve faydalı bir performans ölçütüdür, ancak aynı zamanda salgın bittikten uzun süre sonra da faydalı olacak bir yeniliktir. Pandemiden önce, kuruluşların %85'i performansı maaşa bağlıyordu (Mercer, 2019, s. 1-18). Buna karşılık, COVID-19 sırasında, birçok kuruluş performansı maaş kararlarından ayrılmışlardır (Aguinis ve Burgi-Tian, 2020).

Bu çalışmada, PBÖ'nün sağlık hizmetlerine etkileri, hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerde uygulanan PBÖ modelleri ve etkileri, hemşirelere özgü PBÖ modeli, PBÖ'nün hemşirelere olan etkileri hakkında yapılan çalışmalara ve bilgilere yer verilmiştir.

Performansa Bağlı Ödemenin Sağlık Hizmetlerine Etkileri

Temel amacı, sağlık hizmeti sunucularına finansal teşvikler veya ödüller sağlayarak daha yüksek kalitede bakım sağlamak olan PBÖ'nün, sağlık hizmetlerinde kullanılması dünya çapında hızla yayılmaktadır. ABD'de, PBÖ yalnızca Entegre Sağlık Hizmetleri Derneği ve Mükemmelliğe Giden Köprü gibi özel pazarlarda değil, aynı zamanda Hastane Kalite Teşvik Gösterim Projesi ve Hekim Grubu Uygulama Gösterim Projesi aracılığıyla Medicare'de de benimsenmiştir (Lee, Lee ve Jo, 2012, s. 137). Diğer batılı ülkeler arasında, Birleşik Krallık genel pratisyenlerle yapılan sözleşmelere bir PBÖ programı (Kalite ve Sonuçlar Çerçevesi) uygulamıştır (Peckham, 2007, s.34). Avustralya bakım kalitesini iyileştirmek için Uygulama Teşvik Programını benimsemiştir (Cashin ve Chi, 2014, s. 109). Almanya'daki bir cerrahi merkezinde katarakt cerrahisinde PBÖ programının kaliteye etkisini araştırmak için beş yıllık bir takip çalışması yürütülmüştür. Çalışmada hastanede kalış süresi, hasta memnuniyeti, komplikasyonlar gibi çeşitli kalite parametreleri belirlenmiş ve vaka başına hedefe ulaşma kriterlerinde ödül ve ceza verilmiştir. Sigorta şirketi ile yapılan anlaşma sonucunda her katarakt ameliyatı için 1000 € standart ödeme yapılırken, her parametre ödül ve ceza olarak 50 ila 60 € arasında değerlendirilmiştir. Beş yıllık takip sonucunda PBÖ sisteminin kalite, hasta memnuniyeti, hastanede kalış süresi gibi çalışmanın parametrelerine önemli bir katkı sağlamadığı bildirilmiştir (Krauth, Liersch, Jensen ve Amelung, 2016). Jamili ve diğerleri (2023) İngiltere, Yeni Zelanda, Almanya, Fransa, Avustralya, Kanada ve ABD'deki PBÖ modelini karşılaştırmıştır. Karşılaştırma sonucunda PBÖ modelinin bu ülkelerde çok benzer olduğu, ancak en büyük farklılıkların performans alanları ve ölçütlerinde olduğu sonucuna varılmıştır. PBÖ'nün daha çok çoğu kronik hastalıkların önlenmesi, kanser taraması, sigarayı bırakma tavsiyesi ve ruh sağlığı gibi alanlarda uygulandığı belirlenmiştir. Bu ülkelerde uygulanan PBÖ modelinin başarısının, programın tasarımı, ek fon miktarı, yardımcı bileşenler (teknik destek gibi) ve bağlamsal faktörler (örgütsel bağlam dahil) dahil olmak üzere çeşitli değişkenlerin etkileşimine bağlı olduğu sonucuna varmışlardır (Jamili ve diğerleri, 2023, s. 867). Birçok düşük ve orta gelirli ülkede sağlık hizmetlerinde PBÖ programlarının uygulanması, anne ve çocuk sağlığını iyileştirmede etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle PBÖ programları artık düşük ve orta gelirli ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır (Jamili ve diğerleri, 2023). PBÖ uygulama stratejisinin birçok çalışmada kaliteyi iyileştirdiği gösterilmiştir; bu etki yalnızca gelişmiş ülkelerde değil

(Navathe ve diğerleri, 2019), aynı zamanda birçok gelişmekte olan ülkelerde de gözlemlenmiştir. Örneğin, Afganistan'daki çalışmalar PBÖ'nün sağlık çalışanlarına yenilikçi hizmetler sunmaları için teşvikler sağladığını göstermiştir (Andersen ve diğerleri, 2021). Bangladeş'teki araştırmalar PBÖ'nün anne sağlığı hizmetlerinin kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir (Rob ve Alam, 2014). Filipinler'deki çalışmalar PBÖ'nün iki tür çocuk sağlığı sonucunu iyileştirdiğini göstermiştir (Peabody, Shimkhada, Quimbo, Solon, Javier ve McCulloch, 2014). Kenya ve Tanzanya'daki çalışmalar da PBÖ'nün sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirebileceğini doğrulamaktadır (Menya ve diğerleri, 2015; Binyaruka, Robberstad, Torsvik ve Borghi, 2018). Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde, özellikle Sahra Altı Afrika'da, PBÖ uygulamalarının, etkisiz sağlık politikaları, sağlık sistemi, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık yönetimi ve organizasyonu ile motivasyonsuz sağlık çalışanları gibi birçok kısıtlama nedeniyle sekteye uğradığı bildirilmiştir (Dieleman, Toonen, Touré ve Martineau, 2006; Rowe, De Savigny, Lanata ve Victora, 2005).

Birçok ülke ve sağlık sistemi PBÖ programını benimsemiş olsa da PBÖ'nün etkinliği ve birincil hedefi programlar arasında değiştiği için bakım kalitesini artırmada başarılı bir strateji olup olmadığı tartışılmaktadır. Birçok çalışma, PBÖ'nin kalite iyileştirme üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir (Campbell, Reeves, Kontopantelis, Sibbald ve Roland 2009; Foels ve Hewner, 2009; Pearson, Schneider. Kleinman, Coltin ve Singer, 2008). Lindenauer ve diğerlerinin (2007) yapmış olduğu çalışmada PBÖ programı uygulayan hastanelerin uygulamayan hastanelere göre tüm kalite ölçümlerinde daha fazla iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Ancak bu kazanımlar %2,6 ile %4,1 arasında değişen mütevazı iyileşmelerdir. Araştırmacılar, farklı teşviklerin daha fazla gelişmeyi teşvik edip etmeyeceğini ve bu programların faydalarının maliyetlerinden daha ağır basıp basmadığını belirlemek için ek çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna varmışlardır (Lindenauer ve diğerleri, 2007). Arling ve diğerleri PBÖ programlarının ayaktan ve yatan hasta ortamlarında bakım süreci ve hasta sonuçları üzerindeki etkilerini belirlemek için 69 çalışmayı incelenmişlerdir. İnceleme sonucunda ayakta tedavi ortamındaki PBÖ programlarının kısa vadede (2 ila 3 yıl) bakım süreci sonuçlarını iyileştirdiğini, ancak uzun vadeli etkilere ilişkin verilerin sınırlı olduğu belirlenmiştir. Yatan hasta ortamında ise PBÖ'nün tekrar yatışları azaltmada olumlu bir etkisi olduğu yönünde düşük güçlü kanıtların olduğu belirlenmiştir Çalışmada en büyük iyileştirmelerin, temel performansın zayıf olduğu alanlarda görüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca PBÖ'nün orta düzey sağlık sonuçları üzerinde tutarlı bir etkisinin olmadığı (düşük güçlü kanıt) ve hasta sağlık sonuçları üzerinde herhangi bir etkiyi belirlemek için yeterli kanıtın olmadığı belirlenmiştir (Arling, Job ve Cooke, 2009). Petersen vd., (2006), PBÖ'nün bakım kalitesi üzerindeki etkisini sistematik olarak gözden geçirmişlerdir ve genel olarak olumlu etkilerinin (serviks kanseri tarama oranlarında, mamografi tarama oranlarında, hemoglobin A1c testi, aşılanma oranlarında iyileştirmeler vb.) yanı sıra oyun oynama gibi olumsuz etkilerinin de olduğunu bildirmişlerdir (Petersen, Woodard, Urech, Daw ve Sookanan, 2006).

Van Herck vd., (2010) PBÖ'nün sağlık hizmetlerine olan etkilerini belirlemek amacı ile 128 çalışmayı incelemişlerdir. Çalışmada etki alanları olarak klinik etkinlik, erişim ve eşitlik, koordinasyon ve süreklilik, hasta merkezlilik ve maliyet etkinliğini incelemişlerdir. Çalışmalarında PBÖ'nün klinik etkinlik ve bakım eşitliği üzerindeki etkileriyle ilgili olarak dikkatli yorumlanması gereken büyük bir kanıt olduğunu bulmuşlarken koordinasyon, süreklilik, hasta merkezlilik ve maliyet etkinliği üzerindeki etki ilgili daha az kanıt bulmuşlardır. Çalışmada ayrıca PBÖ programının etkileri, tasarım seçimlerine ve tanıtıldığı bağlamın özelliklerine göre değiştiği bildirilmiştir. Çalışma sonucunda gelecekteki PBÖ programlarının (1) iyileştirmeyi temel alan PBÖ hedefleri seçilmeli, (2) hedef ölçütleri olarak süreç ve (ara) sonuç göstergeleri kullanılmalı, (3) paydaşlar dahil edilmeli ve programlar hakkında bilgiler kapsamlı ve doğrudan iletilmeli, (4) ödeyiciler arasında tek tip bir PBÖ tasarımı uygulanmalı, (5) hem kaliteyi iyileştirmeye hem de başarıya odaklanılmalı ve (6) teşvikleri birey ve/veya ekip düzeyine dağıtmalı şeklinde olması önerilmiştir (Van Herck, De Smedt, Annemans, Remmen, Rosenthal ve Sermeus, 2010)

PBÖ'nün sağlık hizmetlerine olan etkisi üzerine yapılan çalışmalarda, PBÖ'nü tarafsızlık, şeffaflık, kamuoyu takdiri, iyileştirme gibi olumlu yönlerinin olduğu bunun yanında çalışanlar arası kıskançlık ve kayırmacılık, kaliteyi iyileştirmediğini ve kaliteyi artırmak için fazla ödeme yapma gibi olumsuz yönlerinin olduğu bildirilmiştir (Bisset, 2017; Layton ve Ryan, 2015; Lindenauer ve diğerleri, 2007; Glickman ve diğerleri, 2007). Bununla birlikte birkaç çalışma, PBÖ'nün etki eksikliği (Shen, 2003), beklenmeyen sonuçlar (Mansfield, 2007), eşitsizlikler (Werner, Goldman ve Dudley, 2008), etik sorunlar (Relman, 2007) gibi birtakım sorunların yaşandığını belirtmişlerdir. Hastaneler, bireysel olarak hizmet veren muayenehanelerde dahil olmak üzere sağlık kuruluşlarında PBÖ uygulamalarının genel olarak hayal kırıklığı yaratan sonuçlar verdiği bildirilmiştir (Christianson, Leatherman ve Sutherlve, 2007; Dudley, Robinowitz, Talavera, Broadhead ve Luft, 2004). PBÖ'nün uygulanma aşamasında, performansın ölçülmesinde, etkili teşviklerin yapılmasında, sağlık çalışanlarının davranışlarının değiştirilmesinde sorunlar ile karşılaşılmıştır (Kilpatrick ve diğerleri, 2005; Reiter, Nahra, Alexveer ve Wheeler, 2007). Li ve Evans yapmış olduğu çalışmada PBÖ'nün saplantı, oyun oynama, azalan personel morali ve artan ırksal ve sosyoekonomik eşitsizlikler, kaynak kullanımı gibi beklenmeyen sonuçların olduğunu bildirmişlerdir (Li ve Evans, 2022).

PBÖ programlarının sağlık hizmetlerindeki etkilerine ilişkin literatür son yıllarda hızla genişlemiştir. 2013 yılında Eijkenaar ve diğerleri tarafından yapılan bir incelemede, PBÖ programlarının etkisine ilişkin literatür şu alanlara göre sınıflandırılmıştır: etkililik, maliyet etkinliği, beklenmeyen sonuçlar, finansal olmayan teşvikler ve eşitsizlikler (Eijkenaar, Emmert, Scheppach ve Schöffski, 2013). Ancak, PBÖ programlarının etkisine ilişkin araştırmaların odak

noktası, bakım kalitesindeki iyileştirmeye bakmaktan (Petersen ve diğerleri, 2006) sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri azaltma beklentisine doğru değişmektedir (Conway ve Satin, 2022). Özellikle, PBÖ programları ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık gösterir ve etkilerine ilişkin kanıtlar büyük ölçüde değişiklik göstermektedir (Feng ve diğerleri, 2019; Gillam, Siriwardena ve Steel, 2006; Milstein ve Schreyoegg, 2016).

Şahiner vd., (2022) 14 OECD ülkesinde uygulanan 34 farklı PBÖ programını incelemişlerdir. İnceleme sonucunda PBÖ programın birçok ülkede farklı şekilde ve sıklıkla bölgesel bazda veya merkezi olarak uygulandığı belirlenmiştir. Çalışmada ülkelerin PBÖ programları hakkında bilgelere yer verilmiş ve sonrasında ülkemizde uygulanan PBÖ programı ile karşılaştırma yapılmıştır. Avustralya'da biri bölgesel olarak sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarını iyileştirmek (2007) amacı ile diğeri ise ülke çapında (2012) acil ve elektif cerrahi için bekleme sürelerini azaltmak için PBÖ programının uygulandığı bildirilmiştir. Kanada'da PBÖ programının bölgesel olarak acil servis başvurularındaki bekleme sürelerini azaltmak için (2007, 2008 ve 2011) uygulandığı bildirilmiştir. İsrail'de ise PBÖ programının 2009 ve 2011 yıllar arasında bölgesel olarak kalp ve göğüs cerrahisindeki komplikasyon maliyetlerini azaltmak amacı ile uygulandığı bildirilmiştir. İtalya'da bölgesel olarak PBÖ programının (2006 ve 2009) 65 yaş ve üzeri hastalarda kalça protezi için bekleme sürelerini azaltmak amacı ile uygulandığı bildirilmiştir. Japonya'da (2008) felçli hastaların sağlık kalitesini iyileştirmek için ulusal olarak PBÖ programının uygulandığı bildirilmiştir. Lüksemburg (1998) ve Norveç (2014) bölgesel olarak sağlık kalitesini iyileştirmek amacı ile PBÖ programını yürüttüğü bildirilmiştir. İsveç'te (2004 ve 2005) sağlık kalitesini iyileştirmek amacı ile dört farklı program bölgesel olarak uygulandığı bildirilmiştir. İncelenen hemen her ülkede Lüksemburg, Norveç İsveç hariç sistemin maliyetinin hastane bütçesinden karşılandığı ve toplam maliyetin hastane bütçesinin %1'inden (Lüksemburg ve Norveç %2, İsveç %4) az olduğu bu programda çok az başarı elde edildiği vurgulanmıştır. Türkiye'deki durum ile diğer ülke örnekleri arasında iki önemli fark vardır. Birincisi, maaş dışındaki bir gelir kalemi olan PBÖ, kişinin ürettiği iş performansıdır. Ancak ürettiklerine bağlı olarak elde ettikleri bu performans geliri, ne yazık ki klinikte çalışan doktorların ürettikleri, klinikteki çalışan sayısı, eğitim verip vermedikleri, kliniğin eğitimli yardımcıları olup olmadığı, hastanede çalışan diğer branş hekimlerinin ürettikleri performans ve hastanenin genel kalite göstergeleri ile doğru orantılıdır. Ülkemizdeki performans sisteminin diğer ülkelerden ikinci önemli farkı, bu uygulamayı yapan ülkelerde elde edilen ek gelirin hekimin azami maaşının yaklaşık %25'i kadar olması; ülkemizde ise elde edilen performansa dayalı tavan ücretin hekimin maaşının 4-5 katından fazla olabilmesidir. Böylece teşvik ve teşvik amacıyla başlatılan bir sistemin, sonunda hekimin birincil ekonomik geliri haline gelmiş ve sonuç hedeften uzak kaldığı bildirilmiştir (Şahiner, Esen, Uçar, Karaca ve Yastı, 2022).

Tayvan gibi iyi organize olmuş sağlık sistemlerine sahip bazı düşük ve orta gelirli ülkelerde PBÖ programının etkisine ilişkin hala bir bilgi boşluğu bulunmaktadır. Tayvan'daki PBÖ programları, finansal teşvikler aracılığıyla bakım kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Tayvan'daki sağlık sistemi, iyi organize edilmiş, hükümet tarafından yönetilen, tek ödemeli bir sistemdir. Bakım kalitesini iyileştirmek amacıyla PBÖ programı diyabet mellitus meme kanseri, tüberküloz, astım, hepatit, şizofreni, kronik böbrek hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı için uygulanmıştır. PBÖ programlarının finansmanı ve uygulanması, hükümet tarafından yönetilir. Finansal ödül, faaliyet başına ve eşik değerinin ölçüldüğü mutlak performansa göre sağlanır. Sağlık tesislerinin performansı ölçülerek ödemeleri üç ayda bir yapılır. Tayvan'daki PBÖ programlarına katılım hem doktorlar hem de hastalar için gönüllüdür. Bu tür programlara katılan doktorlar, belirli hedeflere ulaşmaları koşuluyla, düzenli ücretlerine ek olarak ek teşvik ödemeleri alırlar. Düşük performans gösteren doktorlara ceza verilmez ve finansal olmayan teşvikler eksik verilir (Kang, Chang, Lin ve Chen, 2024).

2007 yılında, Güney Kore hükümeti Değer Teşvik Programı adı verilen yeni bir PBÖ programı başlatmıştır. PBÖ programı, yüksek performans gösterenleri Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu'ndan yapılan geri ödemelerin %1'ine denk gelen finansal teşviklerle ödüllendirmek ve 2007 temel seviyesinin altında performans gösterenleri geri ödemelerin %1'ine denk gelen geri ödeme kesintileriyle cezalandırmak için tasarlanmıştır. 2010 yılında üçüncü basamak eğitim hastanelerine uygulanan PBÖ programı, miyokard enfarktüsü tedavisinin bakım kalitesini iyileştirdiği ve sezaryen oranının düşürdüğü için 2011 yılından itibaren genel hastaneleri ve üçüncü basamak eğitim hastanelerinde de uygulanmaya başlanmıştır (Lee, Lee, Kim, Kim, Son ve Jo, 2012).

Zimbabve Hükümeti, 2010 yılında Dünya Bankası ile iş birliği içinde PBÖ programını başlatmıştır. Programın amacı, tüm düzeylerdeki tesislerde özellikle kırsal alanlardaki temel üreme ve çocuk sağlığı hizmetlerinin bulunabilirliğini, erişilebilirliğini, kalitesini iyileştirmektir. PBÖ programı ikisi bölgesel biri ulusal olmak üzere üç aşamada uygulanmıştır. Sağlık kuruluşlarının aldığı finansal primin üç bileşeni vardır: hizmet miktarı için ödeme (miktar primi), hizmet kalitesi için ödeme (kalite primi) ve uzaklık ile miktar için ödeme. Performans gösterileri olarak; ayakta hasta muayene sayısı, bakım sürecinin kalitesi (ilk ziyaretinin zamanında tamamlanması, beş yaş altı çocuklarda büyüme takibi), bakımın yapısal kalitesi (ilaçlar ve ekipman, enfeksiyon kontrolü), yönetim uygulamaları (stok yönetimi, sağlık bilgi sistemi yönetimi) ve kullanıcı memnuniyeti belirlenmiştir. Programda finansal teşvikler tesis başına ortalama 1694 USD tutarında üç aylık dönemlerde yapılmaktadır. Yanlış bildirimler için cezalar bulunmaktadır. Prim ve maaş ödemelerinin birleştirilmesi tesise bağlıdır. Primin %25'i personel harcanırken ve %75'i kuruluşa (altyapı, malzeme, ekipman) için harcanmaktadır. Uygulamada güvenliği sağlamak için birtakım önlemler alınmıştır. Bunlar; topluluklar, ilçe, bölgesel ve ulusal yöneticiler tarafından veri doğrulaması, bildirilen sonuçlar %5'ten fazla sapma gösterirse bonus

kesilmesi gibi. Genel olarak, Zimbabve'de daha iyi yapısal kaliteye, daha fazla personele, daha zengin ve daha az uzak hedef kitlelere sahip sağlık kuruluşların daha yüksek PBÖ ödemeleri kazandığını bildirilmiştir (Kovacs ve diğerleri, 2022).

Tanzanya'da PBÖ programı 2011 yılında Pwani bölgesinde üreme ve çocuk sağlığı hizmeti sunan tüm sağlık kuruluşlarında pilot olarak uygulanmaya başlamıştır. Ancak ilk ödemeler 2012'nin ilk çeyreğinde yapılmıştır. PBÖ elde edilen ücretlerin %75-90'ı sağlık çalışanlarına ödenirken, geri kalanı kuruluşu güçlendirmek (ilaç, malzeme satın alma veya küçük tadilat) için ödenmektedir. Teşvik ödemeleri, çalışanlarının ortalama aylık maaşlarının yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Tanzaya'da sağlık çalışanların PBÖ'nün uygulanmasıyla ilgili çalışanların deneyimlerini araştıran bir çalışmada maaş ve istihdam avantajları, kaynak bulunabilirliği, denetim, tesislerin kamu hizmetlerine erişimi ve toplum tutumları olmak üzere PBÖ uygulamasını etkileyen beş kategori bağlamsal özellik belirlenmiştir. İlk olarak, personelin iş yükü, sözleşmeli olduklarından önemli ölçüde daha fazladır ve bu ücrete yansıtılmamaktadır. Ödemeler gecikmekte, fazla mesai ve uygun ödenekler her zaman ödenmemektedir ve bu da personel arasında motivasyon kaybına neden olmaktadır. İkincisi, birincil düzey kuruluşların çoğunda gerekli sayıda klinik personel bulunmamaktadır. Yetersiz personel sayısının sonuçlarından biri, personelin eğitim almadıkları işleri üstlenmeye zorlanabilmesidir. Üçüncüsü, danışmanlık sağlayan dış denetim sınırlıdır ve sağlık çalışanlarına verilen geri bildirim nadirdir. Dördüncüsü, elektrik ve akan su gibi temel kamu hizmetleri genellikle eksiktir. Beşincisi, toplum tercihleri bazen sağlık çalışanlarının PBÖ hedeflerine ulaşmaları için elverişsizdir. Bu nedenle çalışmada, düşük gelirli ülkelerde PBÖ modeli uygulanırken bağlamsal konuların dikkate alınmasının önemli olduğunu ileri sürülmüştür (Olafsdottir vd., 2014).

2016 yılında Çin'in kırsal Guizhou bölgesindeki bir dizi ilçe, sağlık hizmeti maliyetlerinin büyüme oranını azaltmak amacı ile küresel bütçeye geçmiştir. Uygulamada bu bütçenin %30'u performans değerlendirmesi için bir bonus olarak ayrılmıştır. Yetkili makam her yılın ortasında ve sonunda ilçe hastanelerindeki bakım kalitesini uluslararası tedavi kılavuzlarına dayalı tedavi sürecinin standardizasyonunu ve tıbbi sonuçlara (örneğin, felçli hastalarda aspirin kullanım oranı, yatan hasta ölüm oranı, vb.) göre değerlendirmektedir. Değerlendirme sonucunda bakım kalitesi bir önceki yıldan daha kötüyse puanlar düşürülmekte ve son puana göre ödemeler toplam bütçenin %30'u orantılı olarak yapılmaktadır (Zhou, Jian, Wang, Pan, Hu ve Yip, 2021).

2004 yılında, İngiltere'de genel pratisyenler için yeni bir ulusal PBÖ sistemi uygulamaya konulmuştur. Yeni sözleşme, çoğu kronik rahatsızlıkları olan hastalarda hastalıkların ikincil etkisinin önlenmesiyle bağlantılı muayenehane geliri oranını büyük ölçüde artırmıştır. Uygulamada, her bir göstergeyi karşılayan hasta oranına göre puan verilmekte ve her puan parasal bir ödül anlamına gelmektedir. Yeni ödeme sisteminin, bakımın özellikle finansal teşviklerle hedeflenmeyen yönlerine belirgin bir zarar vermeden, genel muayenehanedeki bakımın kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (Campbell, Reeves, Kontopantelis, Sibbald ve Roland, 2007).

Burundi'deki sağlık sistemi, 2005'te sona eren 12 yıllık iç savaş nedeniyle ciddi şekilde zayıflamıştır. Sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmek amacıyla, Burundi Hükümeti uluslararası sivil toplum kuruluşu ve Cordaid iş birliği içinde PBÖ programını 2006 yılında üç ilde (Bubanza, Cankuzo ve Gitega) pilot program olarak başlatmıştır. PBÖ programı, (1) özellikle anne sağlığı hizmetleri için sağlık hizmetlerinin düşük kullanımı; (2) bakımın kalitesizliği; (3) sağlık çalışanlarının motivasyonunun düşük olması; (4) sağlık hizmetlerinin günün her saatinde mevcut olmaması ve (5) sağlık kuruluşlarının kötü yönetimi ve organizasyon yapıları üzerine odaklanmıştır (Busogoro ve Beith, 2010). Sağlık kuruluşları, sunulan hizmetlerin miktarına ve kalitesine göre mali teşvik almaktadır. PBÖ harcamalarının %70'ini Burundi Hükümeti tarafından finanse edilmekte olup geri kalanı uluslararası ortakları tarafından ödenmektedir (Fritsche, Soeters ve Meessen, 2014). PBÖ programı sağlık çalışanlarına ödeme yapmak için önemli bir finansman mekanizması haline gelmiştir. PBÖ'nün Burundi'deki toplam sağlık harcamaları içindeki payı yıldan yıla artmıştır; örneğin 2010'da %16,5'ten 2012'de %46'ya yükselmiştir (Chaumont vd., 2015). Sağlık kuruluşlarının gelirlerinin beş kat artması sağlık çalışanlarının maaşlarında, teşviklerinde artışa neden olmuştur. Örneğin, bir hemşirenin aylık maaşı (ikramiyeler dahil) 2006'da ortalama 75 dolardan 2011'de 262 dolara, doktorların maaşı ise aynı dönemde 100 dolardan 300 doların üzerine çıkmıştır. Teşvikler hemşire ve doktorun toplam maaşının sırasıyla %20 ve %30'unu oluşturmuştur (Cordaid-Ministry of Health Burundi, 2015). Hastane yönetimi çalışana verilecek primi hesaplamak için önceden tanımlanmış bir sistem kullanmaktadır. Prim hesaplama formülüne 'endeks sistemi aracı' denilmekte olup, her çalışanın primleri nitelik, yıllık deneyim ve iş performansına göre belirlenmektedir (Sibomana ve Reveillon, 2015). Burundi'deki PBÖ programı merkezi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir ve her ildeki sağlık hizmeti verenler ile yapılan PBÖ sözleşmelerinden değerlendirme ve doğrulamaya yönelik bir il komitesi sorumludur. Sağlık kuruluşları PBÖ primlerini diledikleri gibi dağıtma özerkliğine sahiptir. PBÖ primlerinin bir kısmı sağlık çalışanına pirimler olarak ödenmekte, geri kalan para ise sağlık kuruluşunun performansının iyileştirilmesine yönelik yatırımlara ağırlık verilmesi için kullanılmaktadır. PBÖ programındaki sağlık hizmeti performansı, nicelik ve nitelik göstergeleri kullanılarak ölçülür. Nicelik göstergeleri, yeni muayene sayısı, kalifiye personelin katıldığı doğum sayısı, HIV ve tüberküloz vakalarının sayısı gibi hastalara sağlanan sağlık hizmetlerinin sayısıyla ilgilidir. Kalitenin ölçümü temel olarak yapısal ve süreç kalite göstergelerinin yanı sıra her sağlık kuruluşlarındaki bazı ara sağlık sonuçları göstergelerine odaklanır. Örneğin, sağlık çalışanlarının hastalık tedavisine ilişkin ulusal standartlara bağlılığı; altyapı, ekipman ve malzemelerin durumu ve kullanılabilirliği, ilaçların bulunabilirliği ve yönetimi ve hastaların memnuniyeti gibi (Busogoro, 2010). Niceliksel

sağlık hizmetlerinden alınan performans ödemesi, mali teşviklerden yararlanabilmek için ulaşılması gereken hedeflerle bağlantılı değildir. Aksine, ödeme, ölçülen zaman diliminde sağlanan sağlık hizmetlerine göre yapılır. Miktar göstergeleri aylık olarak değerlendirilip ödenirken, kalite göstergeleri ise üç ayda bir değerlendirilip ödenmektedir. Her niceliksel sağlık göstergesi sabit bir miktar paraya karşılık gelir (örneğin ABD doları cinsinden - yeni ayakta tedavi danışmanlığı vakası: 0,25 ABD Doları; yatarak tedavi edilen hasta yatağı günü: 0,50 ABD Doları; tedavi gören HIV anne: 1,00 ABD Doları; tam aşılanmış hamile kadın: 0,50 ABD Doları; kalifiye personel tarafından normal doğum: 2,00 ABD Doları gibi) ve toplam ödeme, söz konusu göstergedeki vaka sayısı ile birim bonusunun çarpımı sonucu elde edilmektedir (Rudasingwa ve Uwizeye, 2017).

Türkiye'de PBÖ programı ilk 2003 yılında 10 hastanede pilot olarak döner sermayenin performans sistemine göre dağıtılması ile yapılmıştır. PBÖ 2004 yılında Sağlık Bakanlığına ait hastanelerin hepsinde, 2011 yılında ise üniversite hastanelerinde uygulamaya başlanmıştır (Etiler, 2011). PBÖ uygulamasında belirlenen tıbbi işlemler puanlanmıştır ve bu puanlamaya göre ödeme sadece doktorlara yapılmaktadır, diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan işlemlerde puanlandırma yapılmamaktadır (Erkan, 2011).

Türkiye'de PBÖ'nün uygulamasının sağlık hizmetlerinde bazı olumsuzluklara neden olduğu bildirilmiştir (Çakıroğlu ve Seren, 2016; Çankaya, 2017; Ekinci, 2021);

- Döner sermayenin dağıtımındaki eşitsizlik ve puan farklılıkları sağlık çalışanları arasında çatışmaya ve motivasyon düşüklüğüne neden olmuştur.
- Doktorlar daha fazla puan toplamak amacıyla daha çok hasta muayene ve tedavi etmeye çalışmışlardır. Bu durum iş yoğunluğunun artmasına, hastaya ayrılan zamanın azalarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmuştur. Ayrıca bu durumun sağlık hizmetlerinin tıp etiğine uygun verilmediğine ve hastalara yapılan gereksiz tetkik ve tedavilerin sağlık harcamalarını arttırdığı yönünde eleştiriler bulunmaktadır.
- Sağlık hizmeti sunanlar ile hizmeti alanlar arasına maddi konular girmiştir. Bu durum iki grubu karşı karşıya getirmiştir.

PBÖ'nün sağlık hizmetlerine olan olumsuz yönlerine karşın artan sağlık hizmeti talebi karşılamak için poliklinik sayıları artması, sevk oranlarının azalması, personelin verimli çalışmasının sağlanması, yetersiz olan ücretlerde artış sağlanması gibi olumlu yönleri de bulunmaktadır (Ekinci, 2021).

PBÖ'nün sağlık hizmetlerine etkilerine olan genel varsayım, sağlık çalışanlarını ve yöneticilerini üretkenliği ve bakım kalitesini artırmaya motive edeceği ve nihayetinde sağlık sistemini güçlendireceğidir. PBÖ programının başarısı için uygun bir teşvik paketi elzemdir. Bununla birlikte sürdürülebilir ve destekleyici yönetim ve denetim sistemlerinin olması, uygun ekipman, temel ilaçlar ve diğer tıbbi malzemelerin olması programın başarı için gerekli olduğu savunulmaktadır (Olafsdottir ve diğerleri, 2014). Daha başarılı PBÖ programları oluşturmak için, alıcılar (yani hükümetler veya sağlık planları) PBÖ'nün düşünme aşamasından nihai değerlendirme aşamasına kadar tüm yönlerini göz önünde bulundurmalıdır. Bunu yapmak için Dudley ve Rosenthal (2006), alıcıların PBÖ programlarını yürütürken göz önünde bulundurmaları gereken 20 soru içeren PBÖ kontrol listelerini oluşturmuşlardır. Bu sorular, düşünme, tasarım, uygulama ve değerlendirme olmak üzere 4 aşamaya ayrılmaktadır (Dudley ve Rosenthal, 2006).

Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Performansa Bağlı Ödeme

Hemşirenin hastayı değerlendirmeyi içeren ancak bunlarla sınırlı olmayan çok sayıda sorumluluğu bulunmaktadır. Tedaviyi uygulamak, hastanın tedaviye cevabını değerlendirmek, ilaçları uygulamak, güvenli bir ortam sağlamak, beslenme ve hidrasyonu izlemek, fizyolojik parametreleri izlemek, konfor sağlamak, günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak, ekip üyeleri arasında bakımı koordine etmek, aileyle iletişim kurmak, eğitmek ve hastanın yanıtındaki farklılıkların hekime bildirilmesi gibi birçok görevi bulunmaktadır (Needleman, Kurtzman ve Kizer, 2007; Auerbach, Buerhaus ve Staiger, 2007). Hemşireler, PBÖ girişimleriyle geri ödenecek hizmetleri sunan sağlık ekibinin temel katılımcılarıdır. Örneğin, akut miyokard enfarktüsü nedeniyle başvuran hastaların ilaçlarını zamanında almasını sağlayan ilk kişiler arasında hemşireler yer almaktadır. Kronik hastalık yönetimine ihtiyaç duyan hastalara kapsamlı taburculuk talimatlarının yapılmasını hemşireler üstlenirler. Hastalar, tıbbi bakımlarının yanı sıra hemşirelik bakımına da ihtiyaç duydukları için hastaneye yatırılmaktadır. Hemşirelik bakımı gereksinimleri hastalar arasında büyük farklılıklar göstermektedir (Bodrock ve Mion, 2008). Sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte, hemşirelerin performanslarını optimize etmek için yenilikçi yaklaşımları keşfetme ihtiyacı doğmuştur. PBÖ programı, verimliliği artırmak, yetenekleri ortaya çıkartmak ve elde tutmak ve hasta bakımının genel kalitesini yükseltmek için çalışan tazminatı ile iş performansı arasında doğrudan bir bağlantı sunan potansiyel bir çözüm olarak ortaya çıkmaktadır (Boito, 2024).

Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri PBÖ standartlarını özellikle hemşire uygulamaları için tasarlamamıştır. Ancak, Ulusal Kalite Forumu (The National Quality Forum-NQF) standartları Ortak Komisyon ve Amerikalı Hemşireler Akreditasyon Merkezi (The Joint Commission ve the American Nurses Credentialing Center-ANCC)'nin Magnet Tanıma Programı tarafından tanınmış ve kullanılmaktadır. Bu ulusal kuruluşların, akut bakım hizmetleri sağlayan kuruluşlar için geri ödeme ve bakım sunumunun verimliliği üzerinde büyük etkisi olabilir. PBÖ

standartları geliştikçe ve hasta sonuçlarını kapsadıkça, hemşirelerin hasta sonuçlarına katkısına olan ilginin artması muhtemeldir (Bodrock ve Mion, 2008).

Hemşirelerin hem yaşanan mesleki sorunlar açısından hem de sağlık kuruluşlarındaki yeri ve önemi göz önüne alındığında performans değerlendirme hemşirelik hizmetlerinde daha önemli bir konu haline gelmektedir. Hemşirelerin performans değerlendirmesini önemli kılan hususlar (Seyirci, 2009);

- Hemşireler sağlık sektöründe en büyük insan gücü kaynağını oluşturmaktadır
- Hemşireler, hasta ile en uzun süre zaman geçiren sağlık personelidir
- Hemşireler, hastanın diğer sağlık personeli ile iletişiminde koordine edici rolü üstlenmektedirler
- Hemşirelik personelinin devir hızı yüksektir
- Hemşirelik personelinin büyük bölümü kadınlardan oluşmaktadır
- Hemşireler görevleri ve yetkileri dışında görevlendirilmektedir
- Hemşirelik hizmetleri eğitim seviyeleri (Lise, ön lisans, lisans, lisansüstü) farklı olan hemşireler tarafından yürütülmektedir
- Hemşirelik hizmetlerinde finansal sorunlar yaşanmaktadır
- Hemşireler personel giderlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır
- Hemşirelik hizmetlerinde uzmanlaşma yetersiz düzeydedir

Hemşirelerin görev yaptıkları ünitelere ve uzmanlaşma alanlarına göre iş tanımları farklılık gösterir. Bu nedenle iş tanımlarındaki bu farklılık onların performans değerlendirme standartlarını da etkiler (Ertas, 2006, 46). Türkiye'de hemşirelere özgü olarak geliştirilen sınırlı sayıda performans değerlendirme ölçütlerinde hemşirelerin mesleki özelliklerine ve bilgilerine yönelik çok az sayıda faktöre yer verilmiştir. En önemlileri hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi, karşılaması, değerlendirmesi ve hastanın konforunun sağlanması için gerekli olan faktörlerdir. Hemşirelerin performansının değerlendirilmesinde çoğunlukla kullanılan ölçütler; yönetsel, araştırıcı, iletişim ve uygulayıcı rolüne, etkinlik ve verimlilik, kişisel tutum ve davranışları, hemşirenin ekip çalışmasına katkısı, hemşirelik mesleğini algılayışları ve meslek ahlakı ile ilgili ve bireysel gelişimine yönelik ölçütlerdir (Seyirci, 2009).

Hemşirelik hizmetlerinde performans değerlendirme sürecinin temel unsurları; motivasyon ve eğitim, hemşirelik hizmetlerinin hedefleri, hemşireler ve yöneticiler arasında açık iletişim, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasıdır (Çoruh, 1996, 24). Etkili bir performans yönetim sürecinde ödül sisteminin başarısı için takım çalışması, amaç birliğinin olması, alınan kararların başarı derecesi, hastane içinde bilgi üretimi ve akışı, kararlara katılım, iş birliği ve iletişim imkanlarının olması, kriterlerin ölçülebilir olması ve ihtiyaçlar doğrultusunda güncellenebilir olması etkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü, PBÖ gibi teşviklerin hemşirelerin ilgisini çekeceğini, onları motive edeceğini ve elde tutmayı kolaylaştırabileceğini öne sürmektedir (World Health Organization). Mali teşviklerin olumlu sonuçlar üretip üretmediği konusunda yapılan çalışmalar çelişkilidir. Bazı çalışmalarda, mali teşvik alan sağlık çalışanlarının teşvik almayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde hasta sonuçlarında iyileştirmeler yaptığı görülmüştür (O'Kane, 2007; Smith ve Merging, 2007). Bazı çalışma sonuçları ise, sağlık alanındaki mali teşviklerin her zaman daha iyi kalite ve sonuçlar sağlamayabileceğini gösteriştir (Hazelwood ve Cook, 2008). Teşvik programlarını kullanan işletmelerin, bu tür programları kullanmayan işletmelere göre daha iyi performans göstergelerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu tür çalışmaların bulgularına göre, sağlık kuruluşları ve hemşirelik okullarının PBÖ programlarını başlatması durumunda hemşirelik mesleğine fayda sağlayabilir (Mackey, Rooney ve Skinner, 2009). Ancak herhangi bir PBÖ ekonomik modelinin başarıya ulaşması için hedefler ve kriterler açıkça tanımlanmalı ve hedeflere ulaşıldığında hem finansal hem de finansal olmayan teşvikler kullanılmalıdır. Sağlık alanında temel amaç güvenli, etkili, hasta odaklı, verimli, veriye dayalı ve eşitlikçi bir kalite sistemine ulaşmak olduğundan, PBÖ programları mutlaka hasta bakımıyla ilgili kalite ve güvenlik kriterlerini içermelidir (Institute of Medicine, 2001). Hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık hizmeti çalışanları da mali olmayan teşviklerden de etkilenmektedir. Bunlar arasında hastalarına karşı ahlaki yükümlülük duygusu, toplumun kurum algısına ilişkin endişe, pazar payı, kanıta dayalı bakım sağlama isteği, mesleki normlar ve düzenleyici kontrol yer almaktadır (Jongbloed ve Vossensteyn, 2001). Hemşirelik hizmetlerinin çıktısının soyut olması, normalde tüketilmeden önce görülemez, duyulamaz, tadılamaz veya hissedilemez olması, hemşirelerin ve hastaların ayrılmaz biçimde birbirine bağlı olması, hizmet kalitesinin üretici ile tüketici arasındaki etkileşime bağlı olması, hemşirelik mesleğin doğası, bireysel performansın nesnel olarak ölçülmesi ve atfedilmesindeki zorluklar nedeniyle hemşirelik hizmetlerinin PBÖ programına uygun olmadığına dair görüşler bulunmaktadır (IHSM, 1991).Yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerde PBÖ programlarının kişilerin içsel ödüllerin kontrolünü gasp ettiği, içsel motivasyonunu azalttığına dair bir dizi psikolojik kanıt bulunmuştur (Skaggs, Dickinson, ve O'Connor, 2008). PBÖ programının amacı hemşirelerin kriterleri aşmasıdır. Bununla birlikte, her bir PBÖ planı belirli bir uygulama ortamına özgü olmalı ve hemşirelerin profesyonel düzeyine uygun olmalıdır. Ancak bazı ilkeler evrenseldir. Bu tür ilkeler, adil teşviklerle şeffaflık sunarken gönüllü olmalı, en iyi uygulamalardan ve tanınmış ölçütlerden yararlanmalı ve hemşire hasta ilişkilerini geliştirmeyi içermelidir (American Medical Association, 2005).

Bugüne kadar Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri PBÖ ölçümlerini süreçlere (örneğin, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastalara aspirin verilmesi) göre yapmıştır. Hemşirelik kapsamında ise çeşitli çalışmalar hemşirelik bakımının yapısı (örneğin personel sayısı, personelin eğitim becerileri karışımı ve bakım modeli) ve hasta sonuçları (doğum sayısı) arasındaki ilişkiyi incelemiştir (Aiken vd., 2003; Donaldson vd., 2005). Needleman ve diğerleri (2007), ölçümlerin geliştirilmesinde, kavramsal veya organizasyonel çerçevenin uygulanmasında, hemşire eğitimi ve yeterliliğinde, fiziksel tesiste, hemşirelik bakımının organizasyonunda, çalışma ortamı ve kültüründe eksiklerin olmasının hemşirelik bakım performansının belirlenmesinde sorunlara ve zorluklara neden olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelik bakımının kalitesini yansıtan sonuç ölçümleri her zaman bakım süreçleriyle açık bir şekilde bağlantılı olmadığını, nadiren belgelenebilir olduğunu ve mevcut birçok veri sisteminde yaygın olarak yer almadığını bildirmişlerdir. Bu nedenle, veri toplama ve analizin kapsamı, analizlerin odaklanacağı düzey (örneğin bireysel uygulayıcı, birim, hizmet hattı veya hastane) geçerlilik, fizibilite ve yük açısından değerlendirilmelidir. Ulusal Kalite Forumu (NQF) performans ölçümlerinin standartlaştırılması ve hemşirelik bakımının kalite sonuçları üzerindeki etkisinin ölçülmesi konusunda büyük bir girişimde bulunmuştur. Hemşirelikten etkilenen yapıyı, bakım sürecini ve hasta sonuçlarını yansıtan hemşireliğe duyarlı 15 gösterge belirlemiştir. Hasta merkezli sonuçlar arasında; tedavi edilebilir ciddi komplikasyonları olan cerrahi hastalardaki ölüm oranı, basınç ülseri oranı, düşme oranı, yaralanmayla düşme oranı, fiziksel kısıtlama oranı, kataterle ilişkili idrar yolu enfeksiyon oranı, yoğun bakım hastalarında santral katater ve ventilatör kullanımı ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon oranı yer almaktadır (National Quality Forum).

Hemşirelik bakımının geri ödenmesinin adaletsiz bir sistem olduğu eleştirilmektedir (Needleman, Kurtzman ve Kizer, 2007; Welton, Zone-Smith ve Fischer, 2006). Çalışmalar, hemşirelik yoğunluğu (bir hastaya sağlanan hemşire bakımı saatleri) ile DRG ile ilişkili geri ödeme arasında zayıf bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Komplike gastrointestinal sistem kanamasının iş yükünün komplike olmayan peptik ülsere göre daha fazla olmasına rağmen hemşirelik bakımı geri ödeme oranları eşdeğerdir. Hemşirelik bakımı, rutin ve yoğun bakım ücretlerinden izole edilemediğinden tanımlanması zordur. ABD'de hemşirelik bakımının doğrudan ve dolaylı maliyetleri, bireysel hastalar için harcanan hemşirelik bakım süresi ve hemşirelerin iş yükü yoğunluğunu standartlaştırmak için çeşitli yöntemler araştırılmıştır. New York, hemşirelik hizmetlerini DRG tarafından doğrudan maliyetleme yöntemi uygulayan tek eyalettir (Knauf, 2006).

Her ne kadar PBÖ'nün sağlık kuruluşlarını veya ABD sağlık sisteminin klinik ve mali performansını ne ölçüde etkileyeceği büyük ölçüde bilinmese de özellikle hemşirelerin mevcut ve gelecekteki durumları göz önüne alındığında, hemşirelik hizmetleri üzerindeki etkilerinin ne olacağı konusu daha az açıktır (Davis ve Guterman, 2007). ABD'de pek çok hemşireyi etkilemesi planlanan girişimlerden biri, Medicare Modernizasyon Yasası'na (2003) dahil edilen yetişkin tıbbi ve cerrahi hastaları tedavi eden akut bakım hastaneleri için raporlama ödeme planıdır. Şu anda bakımın 20 yönü ölçülmekte ve uzmanlar tarafından hasta sonuçlarıyla bilimsel temelli bağlantıları olduğu doğrulanan kanıta dayalı bakım uygulamaları ele alınmaktadır. Pek çok hemşire, ayakta tedavi ve halk sağlığı hizmetlerinde ve uzun süreli bakım kuruluşlarında istihdam edilmektedir. Burada daha fazla PBÖ girişimi, hemşirelerin rol oynadığı bakım yönlerini (İlaçların ve tedavilerin zamanında uygulanmasını, temel değerlendirmeleri ve hasta danışmanlığı) ele almaktadır (Clarke, Raphael ve Disch, 2008). PBÖ modelleri kaliteli bakımı ve performansı ödüllendirmeyi amaçlamaktadır. Bu modellerde hemşirelerin katkısı daha iyi niceliksel olarak belirlenirse ve bu katkı elzem olarak kabul edilirse istenen sonuçlar büyük ölçüde artırılabilir (Scott, 2008). Hemşirelerin hastalarla yakın teması ve hasta akışındaki merkezi rolü göz önüne alındığında, PBÖ girişimleri daha etkili olabilir. Sağlık kuruluşlarındaki yöneticiler, PBÖ kapsamındaki geri ödemeleri nasıl en üst düzeye çıkarabileceklerini hızla bulmaya çalışmaktadırlar. PBÖ girişimleri, bir sağlık kuruluşundaki hemşirelik hizmetlerine ilişkin yalnızca bir maliyet merkezi olmaktan ziyade performans hedeflerini karşılamaya yönelik bir kaynak olarak görebilir. Sistemlerin işleyişi, analizi ve organizasyonel değişimi konusunda özel eğitim almış hemşireler (tipik olarak lisansüstü liderlik ve yönetim programlarında öğretilir), PBÖ göstergeleri ile ölçülen optimal bakım kalitesini elde etmek için süreçlerle ilgili sorunların teşhis edilmesinde ve çözümlerin uygulanmasında önemli roller oynayabilirler (Clarke, Raphael ve Disch, 2008).

ABD'de hemşirelere yönelik PBÖ programı geliştirmek için 2006 yılında Minnesota Yasama Meclisi, Hemşirelik Uygulamalarının Performansa Dayalı Teşvik Ödeme Programını geliştirilmiştir. Söz konusu program teşvik ödemelerini kalite iyileştirme sonuçları ile birleştirmekte ve finansal teşviklerden yararlanmaktadır. Program, daha önceki programlar gibi yukarıdan aşağıya yaklaşım yerine, kalite sorunlarına yerel organizasyon çözümlerini teşvik eden tabandan gelen bir yaklaşımı benimsemektedir. Söz konusu program şunları yapmaya çalışmaktadır (Cooke vd., 2010):

- Kaliteyi iyileştirme, verimliliği artırma ve/veya kaynakları kurumsal bakımdan toplumsal bakıma kaydırma çabalarını destekleme;
- Kanıta dayalı uygulamaların bakımın kalitesini ve verimliliğini nasıl artırabileceğini gösterme;
- Sağlık hizmeti verenleri yenilik yapmaya ve risk almaya teşvik etme;
- Hem kuruluşlar içinde hem de kuruluşlar arasında iş birliğini ve paylaşılan öğrenmeyi teşvik etme;
- Birden fazla paydaşın (Medicaid, hizmeti verenler ve tüketiciler) perspektifinden daha iyi kaliteye yatırım yapmak için bir iş senaryosu oluşturma,

• Başarılı kalite iyileştirme çabalarının temel unsurlarını, maliyetlerini, faydalarını ve bunların kuruluşa nasıl yayılabileceğini belirleme.

Hemşirelere özel olarak oluşturulmuş PBÖ modeli, programının hedeflerini, girdilerini, aktivitelerini, çıktılarını ve sonuçlarını belirleyerek amaç netliği sunar ve tüm paydaşların hedefleri anlamasını ve çabalarını buna göre belirlemesini sağlar. Ücretlendirme modeli yapıları, üretken ve verimli personel için adil ve rekabetçi bir ücretlendirme sağlarken, kurumsal hedefleri bireysel performansla uyumlu hale getirmede önemli bir rol oynar. Hemşirelikte üretkenlik, hemşirelerin emeği, malzemeler, ekipman gibi girdilerin, sağlanan bakım ve hasta sonuçları gibi çıktılara dönüştürüldüğü verimliliği ifade eder. Sadece personel oranları (örneğin, hasta günü başına hemşire) veya çalışılan saatler gibi girdilere odaklanan geleneksel hemşirelik üretkenliği tanımları güncelliğini yitirmiş ve yetersizdir. Hemşirelik üretkenliği, yalnızca personel seviyeleri veya maliyetleri açısından değil, sağlanan bakımın kalitesi ve elde edilen hasta sonuçları açısından değerlendirilmelidir (Holcomb vd., 2002).

Boito (2024) hemşire özgü PBÖ modelini araştırmak, geliştirme ve önermek amacı ile çalışma yapmıştır. Hemşirelere özgü PBÖ modelinin potansiyel ölçütleri arasında hastalara bakım için harcanan toplam süre, hasta-hemşire oranı katsayısı ve aynı rollerdeki personel arasındaki iş yükü dağılım farklılıkları olabileceğini belirtmiştir. PBÖ modelinde sağlanan bakım türü dikkate alınması ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan veya daha yüksek akutluk durumları olan hastalara bakan hemşireler için ek teşvikler sunulması gerektiğini bildirmiştir. Hesaplamalarda ayrıca kaynak eşitliğini sağlamak için bu ölçümlerin genişletilmesi, ekipman ve malzeme bulunabilirliği, destek personel bulunabilirliği ve tesis altyapısı gibi faktörler kullanılabileceğini belirtmiştir. Ayrıca çalışmasında taburcu talimatlarının netliği, yeniden kabul oranları ve algılanan bakım kalitesi gibi bireysel hasta memnuniyeti ve hasta güvenliği/standart protokol uyumu, ilaç hataları ve hasta günü başına hemşirelik saatleri gibi hemşireye özgü göstergeler, doğrudan hasta sonuçlarını etkiledikleri ve hemşirelik mükemmelliğini yansıttıkları için önemli performans gösterileri olabileceğini vurgulamıştır. Bireysel performans değerlendirmelerinden elde edilen puanlar, PBÖ modelinde hemşirelerin temel maaşlarına çarpan görevi görür. Beklenen performans puanlarının altında puan alan hemşireler için doğrudan ceza yoktur. Hemşirelerin ele alma yeteneklerinin dışında olan ve bakım üzerinde etkileri olan birçok durum ortaya çıkabilir ve bazı durumların veya prosedürlerin içsel öngörülemezliğini kabul ederek, hemşirelere sonuçlardaki değişiklikler nedeniyle ceza verilmez. PBÖ'nün odak noktası, düşük performans için cezalandırıcı önlemler yerine yüksek performans için teşvikler sağlamaktır. Performans verileri, aylık, iki haftada bir veya kurumsal ihtiyaçlara göre belirlenebilen bir performans dönemi olarak adlandırılan standart bir programa göre toplanmalı ve değerlendirilmelidir. Her performans döneminde, her hemşire için kapsamlı bir puan oluşturmak üzere tüm göstergelerden bir toplam puan hesaplanır. Bu puan daha sonra, bonuslarının hesaplanacağı oranı belirlemek için önceden belirlenmiş bir ölçeğe uygulanır ve böylece bonus dağıtımında adalet, tutarlılık ve şeffaflık sağlanmış olur. Bonus hesaplamasının tamamlanmasının ardından, bir yönetici, bire bir görüşmeler ile her bir çalışanla performans kaydının kısa bir incelemesini yapar. Bu inceleme süreci, yapıcı geri bildirim, başarıların tanınması ve iyileştirilecek alanların belirlenmesi için bir fırsat sağlar. Daha sonra, bir insan kaynakları temsilcisi, ödüllerin zamanında ve doğru bir şekilde dağıtılmasını sağlamak için performans bonusunu sisteme girerek teşviği işleme alır. Veri toplama sürecinde adaleti ve doğruluğu korumak için istisnaları hesaba katmak önemlidir. Örneğin, hemşirenin kontrolü dışında olan gecikmiş tanı veya yanlış taraf ameliyatı gibi olumsuz olayları veya öğle yemekleri gibi planlanmış iş molalarını yansıtmak için kesinti girişleri gereklidir (Boito, 2024).

Hemşirelere özgü göstergeler olarak tanımlanan kalite ölçütlerinin ve çıktıların çoğu, örneğin hasta memnuniyeti, tekrar yatışlar bir klinikteki tüm bakım ekibinin performansından etkilenir (Lockhart, 2018). PBÖ'yü ünite/ekip düzeyinde uygulamak, organizasyonların zaten takip ettikleri verileri, örneğin ünite düzeyindeki hasta memnuniyeti puanlarını, personel devir oranlarını vb. performans göstergeleri olarak kullanmaya olanak tanır. Ünite tabanlı teşvikler, hemşireler arasında daha fazla ekip çalışması, iş birliği ve paylaşılan hesap verebilirliği teşvik edebilir. Bu durum iyi hasta sonuçları elde etmek için kritik öneme sahiptir (Clarke, Raphael ve Disch, 2008). Teşvikleri ünite performansına göre yapmak, yıllık bireysel değerlendirmelere kıyasla hemşireleri dahil etmek, geri bildirim sağlamak ve düzenlemeler yapmak için daha sık temas noktaları ve fırsatlar sağlar. Operasyonel bir bakış açısından, ünite düzeyindeki teşviklerin başlangıçta uygulanması ve yönetilmesi, karmaşık bireysel düzeydeki performans izleme sistemlerine kıyasla daha kolay olabilir. Genel olarak, hemşirelik için sağlam bir PBÖ modelinin tasarımı ve uygulanması, ilgili göstergelerin, işbirlikçi karar alma süreçlerinin, bireysel performans izleme mekanizmalarının ve performans puanlarının maaşları temel almak için çarpan olarak stratejik kullanımının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir. Etkili bir şekilde yürütüldüğünde, bu tür modeller yalnızca performans iyileştirmelerini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda gelişmiş hasta sonuçlarına, artan iş memnuniyetine ve yüksek performanslı hemşirelik profesyonellerinin elde tutulmasına da katkıda bulunur (Boito, 2024).

PBÖ programları tasarlanırken ve uygulanırken sağlık çalışanlarının görüşleri ve uygulama alanının bağlamı dikkate alınması gerektiği bildirilmiştir. Literatürde sıklıkla bahsedilen, PBÖ tasarımında bağlamın önemidir. Bu nedenle, kalitede en güçlü iyileşmeyi sağlamak için teşvik programlarının kendi spesifik bağlamlarına duyarlı olması gerekir (Werner vd., 2011; Eijkenaar, 2013). PBÖ ile ilgili çoğu çalışma, teşviklerin sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunun bakım kalitesini iyileştirmesi üzerindeki etkisini değerlendirmek için niceliksel yöntemlere daha fazla odaklanmıştır. Ancak bu çalışmalarda sağlık çalışanlarının PBÖ programlarına ilişkin algı ve düşüncelerine bakılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının görüşlerinin dikkate alınması ve sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunum sistemlerinin tanımlanmasına dahil edilmesi, başarılı sağlık hizmeti sunumuna ulaşmak için çok önemlidir (Edwards, 2003). Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık çalışanlarının PBÖ yönelik tutumları üzerine mevcut çalışmalar, sağlık çalışanlarının genellikle mali teşviklere karşı olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermektedir. Ancak bu çalışmalar, bazı sağlık çalışanlarının PBÖ programlarının kendilerini adil bir şekilde ödüllendirip ödüllendirmeyeceği konusunda şüpheci olduklarını ileri sürmektedir (Bhatnagar ve George, 2016; Locke, Srinivasan, 2008; Paul, Sossouhounto ve Eclou, 2014; Reiter vd., 2006).

Li ve diğerleri (2022) hemşire ve hekimlerin PBÖ'ye yönelik algılarını sistematik olarak incelemişlerdir. Birçok hekim ve hemşire, PBÖ'nün kalite göstergelerinin iyileştirildiğini, personel motivasyonunu arttırdığını, yönetim ilişkilerini ve ekip ruhunu güçlendirildiğini, devamsızlığı azalttığını, hasta memnuniyetini ve sağlık hizmeti kullanımını arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca incelenen çalışmalarda hemşire ve hekimleri PBÖ'nün tasarımında kusurların olduğu ve uygunsuz performans göstergelerin olması nedeniyle olumsuz etkilerinin olduğu, hekim ve hemşirelerin görüşlerinin PBÖ programının belirlenmesinde göz ardı edildiği, adil olmayan PBÖ primi ödemelerinin ve ödemede gecikmelerinin olduğu, sağlık çalışanlarının PBÖ konusunda beceri ve bilgi eksikliğinin olduğu, yeterli temel altyapı kısıtlılığı, iyi tıbbi ekipman ve malzemelerin eksikliği, tatmin edici olmayan denetim gibi bir takım olumsuz algılarının olduğu bildirilmiştir.

Rudasingwa ve Uwizeye (2017) doktorların ve hemşirelerin PBÖ'nün sağlık hizmeti sunumunda kendilerini nasıl etkilediği ve yardımcı olduğu konusundaki deneyimlerini ve görüşlerini ortaya çıkarmak amacı ile çalışma yapmışlardır. Genel olarak, görüşülen kişiler PBÖ programının, özellikle bakımın yapıları ve süreçlerinde bakımın kalitesini iyileştirme konusunda olumlu bir motivasyon sağladığını, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişkileri geliştirdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çalışanlar PBÖ'yü, bakımın kalitesini iyileştirme çabalarını artırmada en önemli itici güç olarak kabul etmişlerdir. Doktorlara ve hemşirelere ödenen küçük ve bazen gecikmeli mali teşvikleri de eleştirilmişlerdir. Çalışma sonucunda PBÖ'nün, sağlık çalışanını sağlık hizmeti sunumunu iyileştirme konusunda motive etme potansiyeline sahip olunduğu bulunmuştur.

Hemşirelere özgü PBÖ modelinin uygulanması hem doğrudan hem de dolaylı olarak çok sayıda organizasyonel fayda sağlar. Doğrudan faydalar arasında, iş gücü verimliliği, gelişmiş hasta bakımı sunumu, maliyet kontrolü, yatırım getirisinin artması, sadakat kültürünün gelişmesi yer alırken dolaylı faydalar arasında optimize edilmiş kaynak kullanımı, veriye dayalı karar alma, sürekli iyileştirme kültürünün gelişmesidir. Son olarak, PBÖ modelinin şeffaf ve liyakate dayalı yapısı hemşireler arasında bir adalet ve güçlendirme duygusu aşılayarak hemşirelik uygulamalarına daha fazla bağlılık ve memnuniyet sağlamasına katkı sağlar (Boito, 2024, s. 39).

Petersen ve diğerleri (2006) PBÖ programlarından kaynaklanan birçok istenmeyen sonuçlarının olduğunu bildirmişlerdir. Bunlardan biri "ters seçim" veya tedaviye yanıt verme olasılığı en düşük olan kişilere (ağır hastalar, sigortasız kişiler veya karmaşık tıbbi sorunları olan yaşlılar) erişimin kısıtlanmasıdır. Ters seçimin hemşirelik üzerindeki etkisinin kurumsal ortam veya misyona göre değişmesi muhtemeldir. Kamu veya ilçe tesisleri gibi güvenlik ağı hastanelerinde çalışan hemşirelerin sosyal durumları tıbbi durumlarını zorlaştıran hastalara bakım verme durumu daha yüksektir. Geri ödeme azaldıkça kuruluşların yeterli personel seviyesini korumaları, teknoloji ve ekipmana yeniden yatırım yapmaları ve yeni hasta hizmetleri sağlamaları daha zor hale gelebilir. Bu nedenle, PBÖ programlarının sigortasız ve/veya yetersiz sigortası olan kişileri olumsuz etkileyip etkilemeyeceğinin dikkatle ele alınması gerekmektedir (Petersen, Woodard, Urech, Daw ve Sookanan, 2006). PBÖ programlarının ikinci istenmeyen sonucu "oyun" olarak adlandırılmıştır (Rowe, 2006). Doktorlar ve yöneticiler, sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yerine dokümantasyona ayrılan kaynakları artırarak geri ödemeyi en üst düzeye çıkarmak için programı manipüle edebilirler. Hemşirelere "bakım belgeleyicileri" rolleri verilirse, "bakım sağlayıcı" rolleri muhtemelen azalacaktır (Welton, Zone-Smith ve Fischer, 2006). PBÖ dolaylı olarak sağlık kuruluşları arasında bakım kalitesi açısından genişleyen boşlukları besleyebilir. PBÖ'nün bir diğer potansiyel istenmeyen sonucu ise dokümantasyon yükünün artması nedeniyle hemşirelik iş yükü üzerindeki olası olumsuz etkileridir. Akut bakım hemşirelerinin dokümantasyon için harcadıkları zamanın hemşirelerin iş günlerinin %30'u veya daha fazlası olduğunu ve evde sağlık ve diğer bazı alanlarda daha yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (American Hospital Association, 2003; Page, 2004). Özellikle PBÖ programlarının kapsamı ve karmaşıklığı arttıkça hemşirelerin zamanı ve dikkatini almaktadır. Her ne kadar PBÖ girişimlerine katılımla ilişkili performansta ılımlı iyileşmeler gösterse de literatürde, PBÖ programlarının amaçlanan etkilerinin olup olmadığı, istenmeyen sonuçlar üretip üretmediği konusunda söylenecek çok az şey bulunmaktadır (Lindenauer ve diğerleri, 2007). Bu nedenle hemşirelerin sağlık kuruluşlarında hazırlıklara katılabilmeleri ve politikada söz sahibi olabilmeleri için programı etkileyen faktörler hakkında mümkün olduğunca çok şey öğrenmeleri gerekmektedir.

İngiltere'de uygulanan 2004 sözleşmesiyle genel muayenehanelere yüklenen ekstra klinik iş yükünün doktorlardan çok hemşireler tarafından karşılandığını ileri sürülmektedir. Hemşirelerin rollerinin genişletilmesi, yeni performans teşviklerine karşılık olarak birinci basamak bakımın kalitesinin arttırılması için etkili bir strateji olarak ortaya çıkmıştır. Ancak bu durum hemşirelerin işlerinin yoğunlaşmasına neden olmuştur (Gemmell, Campbell, Hann ve Sibbald, 2009). Önceki çalışmalar, doktorlardan hemşireye görev devrinin, önceden var olan sorumluluklara ek olarak

yeni sorumluluklar üstlenen hemşirelerin çalışma saatlerini ve iş karmaşıklığını artırabileceğini göstermiştir (Adams, Lugsden, Chase, Arber ve Bond, 2000, Charles-Jones, Latimer ve May, 2003).

Campbell vd., (2008) Birleşik Krallık'taki yeni PBÖ modelinin aile sağlık bakım hizmetlerinde meydana getirdiği değişikliklere ilişkin aile hekimleri ve hemşirelerin algılarını ve endişelerini derinlemesine incelemişlerdir. Bazı uygulamalarda hemşirelere yalnızca küçük bir mali ikramiye ödenmiş olması, hemşirelerin önemli bir azınlığı arasında bir kızgınlık duygusu yaratmıştır. Hemşireler bu durumun, artan özerkliklerini, sıkı çalışmalarını ve kronik hastalık yönetimi rollerini Kalite ve Sonuçlar Çerçevesi hedeflerine ulaşmada kritik olarak algıladılar. Bu nedenle yapılan çalışmanın sonuçları yeni PBÖ uygulamasının hemşirelerin iç motivasyonu üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu ve hemşire-hasta konsültasyonlarını ve iş memnuniyetini değiştirmiş olabileceğini öne süren önceki araştırmaları doğrulamaktadır (Campbell, McDonald ve Lester, 2008).

Kurtzman vd., (2008) PBÖ'nün sağlık çalışanları üzerindeki etkisini araştırmak için hastane liderleri ve birim hemşireleri ile görüşmüştür. Çalışmada görüşülen kişiler teşvik politikalarının kalite ve güvenlik üzerindeki etkisine ilişkin olumlu izlenimlere sahip olduğu ancak politikaların hemşire işgücü üzerindeki etkileri konusunda endişelerinin olduğu bildirilmiştir. Endişeleri arasında PBÖ'nün personel sayısında, çalışma ortamında, maaşlarda veya işten ayrılmalarda karşılık gelen iyileştirmeler olmaksızın hemşireler için hem iş yükü hem de suçu artıracağı inancı bulunmaktadır. Çalışma sonucunda etkili bir PBÖ uygulaması için yöneticilerin hastane teşviklerini ekip çalışmasını ödüllendirecek şekilde yeniden tasarlamalarını ve gelecekteki teşvik politikalarının tasarımına hemşirelik liderlerinin de dahil etmeleri önerilmiştir.

Gümüş ve Çelik'in yapmış olduğu çalışmada PBÖ uygulamasına dair hemşirelerin görüşleri ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda PBÖ uygulamasının muayene ve tetkik sayılarında, ameliyat olmak için beklenen sürede, kaynakların israfında ve hasta şikâyetlerinde artışa, muayene süresi, hasta ile iletişim ve motivasyonun azalması gibi olumsuz sonuçlara neden olduğu belirlenirken hastaların hekime daha rahat soru sorması, hakkaniyet, hastaların bilgilendirilmesi, tıbbi kararlara katılması ve hasta memnuniyetinin artması gibi olumlu sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir.

Sağlık hizmeti sunucuları arasında PBÖ hakkında düşük düzeyde farkındalık veya anlayışın olması PBÖ programını uygulamada ciddi bir engeldir. Bu nedenle, PBÖ programlarını uygulamadan önce, çalışanların PBÖ'yi doğru bir şekilde bilip bilmedikleri belirlenmelidir. Bilmiyorlarsa, kalite göstergeleri ve finansal teşvikleri dağıtma kriterleri ve yöntemleri gibi konularda farkındalık düzeyleri artırılmalıdır (Lee, Lee ve Jo, 2012).

Sonuç

Son zamanlarda PBÖ programları dünya çapında yaygınlaşıyor ve temel amaçları sağlık çalışanlarına finansal teşvikler sağlayarak bakım kalitesini artırmaktır. PBÖ programları hem sağlık hizmetlerini hem de hemşirelik bakımını etkilemektedir. Hemşirelik bakımı, bu programların başarısını etkileyen hem bağımsız hem de birbirine bağımlı bir bileşendir. Hemşirelerin bakım kalitesi sonuçlarına katkısını belgelemek için bir dizi standart, güvenilir ve geçerli önlemin belirlenmesi politika düzeyinde birçok nedenden dolayı hem önemli hem de gereklidir. Hemşire iş yükü fazlalığı, tıbbi teşhislerden bir dereceye kadar bağımsızdır. Bu nedenle, PBÖ kalitenin başarılı bir şekilde elde edilmesinin yanı sıra, yatan hasta bakımına ayrılmış ayrı bir kaynak olarak görülmelidir. Vaka karmasının hemşirelerin katkılarına göre ayarlanması daha doğru bir geri ödeme sistemi oluşturacaktır (Welton, Zone-Smith ve Fischer, 2006; Knauf, Ballard, Mossman ve Lichtig, 2008). Hizmet sunumunu belgeleyen sistemleri geliştirmek ve uygulamak için organizasyonel düzeyde hem hemşire hem de sağlık sistemi yöneticilerinin kararlılığı ve liderliğine ihtiyaç vardır. Ayrıca her düzeydeki hemşirelerin, klinik ve karar verme yetkinlikleri, kalite yönetim tekniklerini kullanımı, ekip çalışması gibi konularda beceri ve yeteneklerini geliştirecek eğitim faaliyetlerine yatırım yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin akut bakım ortamlarındaki karmaşık hasta popülasyonlarına yönelik disiplinler arası bir ekip yaklaşımı içinde çalışabilme ve bu yaklaşımı tamamlayabilme becerisi, etkili ve yüksek kaliteli bakım sunumunu artıracaktır. Sağlık hizmeti kuruluşunun türü ne olursa olsun, hemşirelerin PBÖ programlarının geliştirilmesine ve uygulanmasına aktif katılımı, genel başarıları açısından kritik öneme sahip olacaktır.

Türkiye'de 2003 yılında 10 hastanede pilot olarak uygulanan performansa göre katkı payı ödemesi, 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruşlarını da kapsayacak şekilde bütün ülkede yaygınlaştırılmış ve günümüze kadar güncelleme çalışmaları yapılmıştır. Türkiye'de PBÖ uygulamasında ağırlıklı olarak hekimlerin yapmış oldukları işlemler üzerinden ödeme yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği'nde sağlık kuruluşu ek ödeme dağıtım tutarı hekim ve hekim dışı personel olmak üzere ayrılmakta ve personelin kendi havuzu içerisinde bulunan tutar çerçevesinde dağıtım gerçekleşmektedir. Yani hemşirelerin kendi yapmış oldukları işlemlerden ücret hesaplanması yapılmamaktadır. Ödeme genel havuzdan yapılmaktadır. Bu durum hemşirelerin motivasyonunu düşürmekte hatta hekim ve hemşire arasındaki iş barışını bozmaktadır. Bu sorunu önlemek amacıyla en kısa ve hızlı olarak yapılabilecek olan hemşirelerin otomasyon sistemine kendi adları ile girerek kendi işlemlerinin performansının ayrı hesaplanmasıdır. Yani hemşirelere performansa dayalı ek ödeme getirilmelidir. Ancak PBÖ hesaplanmasında girişimsel işlemlerde yapılacak (gereksiz damar yolu açılması vb) suistimali önlemek ve hemşirenin asıl görevi olan hasta bakımını

güçlendirmek için puanlamada ana eksen hasta bakımı olmalıdır. Hem Sağlık Bakanlığına bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hem de üniversite hastanelerinde ek ödemenin dağıtılmasında, bakımın sürekliliğini sağlama, hastalarının güvenliğini sağlama, hastayı izleme, hataları önleme, güvenli ortam sağlama ve iyileştirmede sağlık sisteminde önemli bir role sahip olan hemşireleri de göz önüne alarak güncelleme yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Başarılı bir PBÖ modeli açıkça belirlenmiş hedeflere, ölçütlere ve finansal ve finansal olmayan teşviklere sahip olmalıdır. PBÖ'de uygulanacak teşviklerin çalışanlar tarafından önemli ve değerli olmasını sağlayarak PBÖ'nün uygulanma inancı desteklenebilir. Hemşirelere özgü geliştirilecek PBÖ'nün, hemşirelerin sonuçlardan korkmak yerine olumlu pekiştirme ve ödüller yoluyla mükemmelleşmeye motive oldukları destekleyici bir ortam yaratması önemlidir. Hemşireler hem bireysel hem de ekip içinde birçok görevleri bulunmakta olup performans değerlendireme kriterleri bu görevlerine uygun olarak yapılabilir. Yurt dışında olduğu gibi iş hem verimliliği, hem de iş birliğini sağlayacak şekilde ünite/ekip tabanlı teşvik programları geliştirilebilir.

PBÖ'nün amaçlanan olumlu etkilerin en üst düzeye çıkarılması için hemşirelerin PBÖ yönelik görüşlerinin PBÖ'nün tasarımı ve uygulama aşamasında dikkate alınması ve hemşirelerin çalışmaya dahil edilmesi gerekmektedir. PBÖ'yü tasarlama ve uygulama konusunda hemşirelerin ve hekimlerin görüşlerini dikkate almak, önemli paydaşlar ve kilit oyuncular oldukları için daha başarılı PBÖ programları yapmak için ilk adım olacaktır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının PBÖ hakkındaki farkındalık düzeylerini artırmak, teknik ve eğitim desteği sağlamak, ek veri toplama yüklerini azaltmak, onlar ile işbirlikçi bir ilişki geliştirmek, daha doğru kalite ölçümleri geliştirmek ve beklenmeyen sonuçları en aza indirmek için yöneticiler tarafından birtakım önlemler alınarak girişimlerde bunulmalıdır.

Kaynakça

Adams, A., Lugsden, E., Chase, J., Arber, S. & Bond, S. (2000). Skill-mix changes and work intensification in nursing. *Work, Employment and Society*, *14*(3), 541-555.

Aiken, L. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *The Journal of the American Medical Association*, *290*, 1617-1623.

Aguinis, H. & Burgi-Tian, J. (2021). Measuring performance during crises and beyond: The performance promoter score. *Business Horizons*, *64*(1), 149-160.

American Hospital Association. (2003). Patients or paperwork? The regulatory burden facing America's hospitals. Erişim tarihi: 22 Nisan 2024. http://www.aha.org/aha/ content/2001/pdf/FinalPaper workReport.pdf.

American Medical Association. (2005). Principles for pay-for-performance programs. 2005. Erişim tarihi: 11 Mart 2024. http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/principles4pay 62705.pdf.

Andersen, C. T., Ahmadzai, H., Rasekh, A. W., Akala, F. A., Haque, T., Johnson, R., Loevinsohn, B., Sayed, G. D. & Chopra, M. (2021). Improving health service delivery in conflict-affected settings: Lessons from a nationwide strategic purchasing mechanism in Afghanistan. *Journal of Global Health*, *11*.

Arling, G., Job, C. & Cooke, V. (2009). Medicaid nursing home pay for performance: where do we stand?. *The Gerontologist*, *49*(5), 587-595.

Auerbach, D. I., Buerhaus, P. I. & Staiger, D. O. (2007). Better late than never: Workforce supply implications of later entry into nursing. *Health Affairs*, *26*(1), 178-185.

Bhatnagar, A. & George, A. S. (2016). Motivating health workers up to a limit: partial effects of performance-based financing on working environments in Nigeria. *Health Policy and Planning*, *31*(7), 868-877.

Binyaruka, P., Robberstad, B., Torsvik, G. & Borghi, J. (2018). Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, *33*(9), 1026-1036.

Bisset, G. S. (2017). An honest day's work: pay for performance in a pediatric radiology department. *Pediatric Radiology*, *47*(7), 798-802.

Bodrock, J. A. & Mion, L. C. (2008). Pay for performance in hospitals: Implications for nurses and nursing care. *Quality Management in Healthcare*, *17*(2), 102-111.

Boito, D. (2024). *Pay for Performance Nursing Compensation Models-Value Based Compensation through Performance Incentives*. Doctoral dissertation, University of Pittsburgh. Erişim adresi, https://d-scholarship.pitt.edu/46240/.

Busogoro, J. F. & Beith, A. (2010). Pay for Performance for improved health in Burundi. Bethesda, MD: Health Systems, 202, 20.

Cashin, C. & Chi, Y. L. (2014). Australia: Practice incentives programme. *Paying for Performance in Health Care*, 109-109.

Campbell S., Reeves D., Kontopantelis E., Middleton E., Sibbald B. & Roland, M. (2007) Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *New England Journal of Medicine*, *357*(2), 181-190.

Campbell, S. M., McDonald, R. & Lester, H. (2008). The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *The Annals of Family Medicine*, *6*(3), 228-234.

Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B. & Roland, M. (2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*, *361*(4), 368-378.

Cannon, M. F. (2007). Pay-for-performance: is Medicare a good candidate. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, *7*, 1.

Charles-Jones H., Latimer J. & May C. (2003) Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care. *Sociology of Health and Illness*, *25*(1), 71-92.

Chaumont, C., Muhorane, C., Moreira-Burgos, I., Juma, N. & Avila-Burgos, L. (2015). Maternal and reproductive health financing in Burundi: public-sector contribution levels and trends from 2010 to 2012. *BMC Health Services Research*, *15*, 1-11.

Christianson, J. B., Leatherman, S. & Sutherland, K. (2007). *Paying for quality: Understanding and assessing physician pay-for-performance*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.

Clarke, S. P., Raphael, C. & Disch, J. (2008). Challenges and directions for nursing in the pay-for-performance movement. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, *9*(2), 127-134.

Conway, A. & Satin, D. (2022). The role of pay-for-performance in reducing healthcare disparities: a narrative literature review. *Preventive Medicine*, *164*, 107274.

Cooke, V., Arling, G., Lewis, T., Abrahamson, K. A., Mueller, C. & Edstrom, L. (2010). Minnesota's nursing facility performance-based incentive payment program: an innovative model for promoting care quality. *The Gerontologist*, *50*(4), 556-563.

Cordaid-Ministry of Health Burundi (2015). Resultats de l´enquête ménage et l´enquê qualité de base. Bujumbura: Cordaid Burundi.

Çakıroğlu, O. Ç. & Seren, A. K. H. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı'nın sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerindeki etkileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3*(1), 37-43.

Çankaya, M. (2017). Hastane çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *4*(4), 272-282.

Çoruh M. (1996). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını.

Davis, K. & Guterman, S. (2007). Rewarding excellence and efficiency in Medicare payments. *Milbank Quarterly*, *85*(3), 449-468.

Dieleman, M., Toonen, J., Touré, H. & Martineau, T. (2006). The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali. *Human Resources for Health*, *4*, 1-7.

Donaldson, N., Bolton, L. B., Aydin, C., Brown, D., Elashoff, J. D. & Sandhu, M. (2005). Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice*, *6*(3), 198-210.

Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M., Campbell, S., Roland, M., Salisbury, C. & Reeves, D. (2011). Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*, 342.

Dudley, R. A., Robinowitz, D. L., Talavera, J. L., Broadhead, P. & Luft, H. S. (2004). *Strategies to support quality-based purchasing: A review of the evidence.* Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality.

Dudley, R. A. & Rosenthal, M. B. (2006). *Pay for performance: A decision guide for purchasers: final contract report*. Agency for Healthcare Research and Quality.

Edwards, N. (2003). Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients—what can be done?. *BMJ Quality and Safety*, *12*(suppl 1), i21-i24.

Eichler, R. (2006). *Can "Pay-for-Performance" increase utilization by the poor and improve the quality of health services? Discussion paper for the first meeting of the Working Group on Performance-Based Incentives.* Washington, DC: Center for Global Development. Erişim tarihi: 12 Mayıs 2024. http://www.cgdev.org/section/initiatives/_active/ghprn/ workinggroups/performance.

Eldridge, C. & Palmer, N. (2009). Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy and Planning*, *24*(3), 160-166.

Ekinci, N. (2021). Türkiye'deki sağlık çalışanlarının performansa dayalı ücret uygulaması hakkında görüşlerine dayalı araştırmaların değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, (2), 111-125.

Eijkenaar, F. (2013). Key issues in the design of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics*, *14*, 117-131.

Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M. & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, *110*(2-3), 115-130.

Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. *Maliye Dergisi*, *160*, 423-437.

Ertaş, N. (2006). *Hemşirelik Müdürlük Sisteminin Çalışan Hemşire Performansına Etkisi; GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi ile Marmara Üniversitesi Hastanesinin Hemşire Performansı Açısından Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Etiler, N. (2011). Neoliberal politikalar ve sağlık emek gücü üzerindeki etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 42,* 2-11.

Ettelt, S., Thomson, S., Nolte, E. & Mays, N. (2006). Reimbursing highly specialised hospital services: the experience of activity-based funding in eight countries. *London: London School of Hygiene and Tropical Medicine*, *17*, 3-5.

Feng, Y., Kristensen, S. R., Lorgelly, P., Meacock, R., Sanchez, M. R., Siciliani, L. & Sutton, M. (2019). Pay for performance for specialised care in England: strengths and weaknesses. *Health Policy*, *123*(11), 1036-1041.

Foels, T. & Hewner, S. (2009). Integrating pay for performance with educational strategies to improve diabetes care. *Population Health Management*, *12*(3), 121-129.

Fritsche, G.B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing*. Toolkit. Washington, DC: The World Bank.

Jongbloed, B. & Vossensteyn, H. (2001). Keeping up performances: An international survey of performance-based funding in higher education. *Journal of Higher Education Policy and Management*, *23*(2), 127-145.

Glickman, S. W., Ou, F. S., DeLong, E. R., Roe, M. T., Lytle, B. L., Mulgund, J. Rumsfeld, J.S., Gibler, W.B., Ohman, E.M., Schulman, K.A., & Peterson, E. D. (2007). Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *The Journal of the American Medical Association*, *297*(21), 2373-2380.

Gemmell, I., Campbell, S., Hann, M. & Sibbald, B. (2009). Assessing workload in general practice in England before and after the introduction of the pay-for-performance contract. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(3), 509-515.

Gillam, S. J., Siriwardena, A. N. & Steel, N. (2012). Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework—a systematic review. *The Annals of Family Medicine*, *10*(5), 461-468.

Gümüş, S. & Çelik, B. (2024). Sağlık işletmelerinde hizmetlerin yürütülmesinde hemşireler odaklı performansa dayalı ödeme sistemleri: Bir devlet hastanesi örneği. *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, *9*(65), 2983-2994.

Hazelwood, A. & Cook, E. D. (2008). Improving quality of health care through pay-for-performance programs. *The Health Care Manager*, *27*(2), 104-112.

Hecht, R., Batson, A. & Brenzel, L. (2004). Making health care accountable. *Finance and Development*, *41*, 16-19.

Holcomb, B. R., Hoffart, N. & Fox, M. H. (2002). Defining and measuring nursing productivity: a concept analysis and pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, *38*(4), 378-386.

IHSM (1991). *Individual Performance Review in the NHS*. IHSM, London.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. Erişim tarihi: 15 Nisan 2024. http://www/iom/edu/?id12736.

Institute of Medicine (2006). *Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare (Pathways to Quality Health Care Series)*. Washington, DC: National Academies Press.

Jamili, S., Yousefi, M., Pour, H. E., Houshmand, E., Taghipour, A., Tabatabaee, S. S. & Adel, A. (2023). Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 865.

Kang, K. T., Chang, R. E., Lin, M. T. & Chen, Y. C. (2024). Pay-for-performance in Taiwan: A systematic review and meta-analysis of the empirical literature. *Public Health*, *236*, 328-337.

Kilpatrick, K. E., Lohr, K. N., Leatherman, S., Pink, G., Buckel, J. M., Legarde, C. & Whitener, L. (2005). The insufficiency of evidence to establish the business case for quality. *International Journal for Quality in Health Care*, *17*, 347-355.

Knauf, R. A., Ballard, K., Mossman, P. N. & Lichtig, L. K. (2006). Nursing cost by DRG: nursing intensity weights. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, *7*(4), 281-289.

Kovacs, R., Brown, G. W., Kadungure, A., Kristensen, S. R., Gwati, G., Anselmi, L., Midzi, N. & Borghi, J. (2022). Who is paid in pay-for-performance? Inequalities in the distribution of financial bonuses amongst health centres in Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, *37*(4), 429-439.

Krauth, C., Liersch, S., Jensen, S. & Amelung, V. E. (2016). Would German physicians opt for pay-for-performance programs? A willingness-to-accept experiment in a large general practitioners' sample. *Health Policy*, *120*(2), 148-158.

Kurtzman, E. T., O'Leary, D., Sheingold, B. H., Devers, K. J., Dawson, E. M. & Johnson, J. E. (2011). Performance-based payment incentives increase burden and blame for hospital nurses. *Health Affairs*, *30*(2), 211-218.

Layton, T. J. & Ryan, A. M. (2015). Higher incentive payments in medicare advantage's pay-for-performance program did not improve quality but did increase plan offerings. *Health Services Research*, *50*(6), 1810-1828.

Lee, J. Y., Lee, S. I. & Jo, M. W. (2012). Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program?. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *45*(3), 137.

Lee, J. Y., Lee, S. I., Kim, N. S., Kim, S. H., Son, W. S. & Jo, M. W. (2012). Healthcare organizations' attitudes toward pay-for-performance in Korea. *Health Policy*, *108*(2-3), 277-285.

Li, X. & Evans, J. M. (2022). Incentivizing performance in health care: a rapid review, typology and qualitative study of unintended consequences. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 690.

Li, C., Zhou, Y., Zhou, C., Lai, J., Fu, J. & Wu, Y. (2022). Perceptions of nurses and physicians on pay-for-performance in hospital: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Nursing Management*, *30*(2), 521-534.

Lindenauer, P. K., Remus, D., Roman, S., Rothberg, M. B., Benjamin, E. M., Ma, A. & Bratzler, D. W. (2007). Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New England Journal of Medicine*, *356*(5), 486-496.

Locke, R. G. & Srinivasan, M. (2008). Attitudes toward pay-for-performance initiatives among primary care osteopathic physicians in small group practices. *Journal of Osteopathic Medicine*, *108*(1), 21-24.

Lockhart, L. (2018). A pay for performance primer. *Nursing made Incredibly Easy*, *16*(3), 55.

Mackey, T. A., Rooney, L. & Skinner, L. (2009). Pay for NP performance?. *The Nurse Practitioner*, *34*(4), 48-51.

Maffei, R. M., Turner, N. & Dunn, K. (2008). Building blocks to adopting a pay-for-performance model. *JONA's Healthcare Law, Ethics and Regulation*, *10*(3), 64-69.

Mansfield, R. J. (2007). P4P is changing me. *Medical Economics*, *84*(9), 56-60.

Martin, G. (1994). Performance-related Pay in Nursing: Theory, Practice and Prospect. *Health Manpower Management, 20*(5), 10-17.

Meessen, B., Kashala, J. P. I. & Musango, L. (2007). Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, *85*(2), 108-115.

Menya, D., Platt, A., Manji, I., Sang, E., Wafula, R., Ren, J., Cheruiyot, O., Armstrong, J., Neelon, B. & O'Meara, W. P. (2015). Using pay for performance incentives (P4P) to improve management of suspected malaria fevers in rural Kenya: a cluster randomized controlled trial. *BMC Medicine*, *13*, 1-13.

Mercer. (2019). Performance transformation in the future of work: Four truths and three predictions based on insights from Mercer's 2019 global performance management study. Erişim adresi: https://www.mercer.us/content/dam/mercer/ attachments/private/us-2019-performance-transformationin-the-future-of-work.pdf.

Ministry of Health Burundi (2010). Manuel de procédures pour la mise en oeuvre du financement basé sur la performance au Burundi. Bujumbura: Version Originale.

National Quality Forum (t.y.) National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Set. Washington, DC: National Quality Forum. Erişim tarihi: 24 Mart 2024. http://www.qualityforum.org/nursing.

Navathe, A. S., Volpp, K. G., Caldarella, K. L., Bond, A., Troxel, A. B., Zhu, J., Matloubieh, S., Lyon, Z., Mishra Meza, A., Sacks, L., Nelson, C., Patel, P., Shea, J., Calcagno, D., Vittore, S., Sokol, K., Weng, K., McDowald, N., Crawford, P., Small, D. & Emanuel, E. J. (2019). Effect of financial bonus size, loss aversion, and increased social pressure on physician pay-for-performance: a randomized clinical trial and cohort study. *JAMA Network Open*, *2*(2), e187950-e187950.

Needleman, J., Kurtzman, E. T. & Kizer, K. W. (2007). Performance measurement of nursing care. *Medical Care Research and Review*, *64*(2_suppl), 10S-43S.

Olafsdottir, A. E., Mayumana, I., Mashasi, I., Njau, I., Mamdani, M., Patouillard, E., Binyaruka, P., Abdulla, S. & Borghi, J. (2014). Pay for performance: an analysis of the context of implementation in a pilot project in Tanzania. *BMC Health Services Research*, *14*, 1-9.

O'Kane, M. E. (2007). Performance-based measures: the early results are in. *Journal of Managed Care Pharmacy*, *13*(2 Supp B), 3-6.

Page, A. (Ed.). (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.

Paul, E., Sossouhounto, N. & Eclou, D. S. (2014). Local stakeholders' perceptions about the introduction of performance-based financing in Benin: a case study in two health districts. *International Journal of Health Policy and Management*, *3*(4), 207.

Peabody, J. W., Shimkhada, R., Quimbo, S., Solon, O., Javier, X. & McCulloch, C. (2014). The impact of performance incentives on child health outcomes: results from a cluster randomized controlled trial in the Philippines. *Health Policy and Planning*, *29*(5), 615-621.

Pearson, S. D., Schneider, E. C., Kleinman, K. P., Coltin, K. L. & Singer, J. A. (2008). The impact of pay-for-performance on health care quality in Massachusetts, 2001-2003. *Health Affairs*, *27*(4), 1167-1176.

Peckham, S. (2007). The new general practice contract and reform of primary care in the United Kingdom. *Healthcare Policy*, *2*(4), 34.

Petersen, L. A., Woodard, L. D., Urech, T., Daw, C. & Sookanan, S. (2006). Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, *145*, 265-272.

Practice incentive program (PIP) Medicare Australia. Available from: http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp.

Reiter, K. L., Nahra, T. A., Alexander, J. A. & Wheeler, J. R. (2006). Hospital responses to pay-for-performance incentives. *Health Services Management Research*, *19*(2), 123-134.

Reiter, K. L., Kilpatrick, K. E., Greene, S. B., Lohr, K. N. & Leatherman, S. (2007). How to develop a business case for quality. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*, 50-55.

Relman, A. S. (2007). Medical professionalism in a commercialized health care market. *The Journal of the American Medical Association*, *298*(22), 2668-2670.

Rob, U. & Alam, M. M. (2014). Performance-based incentive for improving quality of maternal health services in Bangladesh. *International Quarterly of Community Health Education*, *34*(4), 303-312.

Rowe, J. W. (2006). Pay-for-performance and accountability: related themes in improving health care. *Annals of Internal Medicine*, *145*(9), 695-699.

Rowe, A. K., De Savigny, D., Lanata, C. F. & Victora, C. G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?. *The Lancet*, *366*(9490), 1026-1035.

Rudasingwa, M. & Uwizeye, M. R. (2017). Physicians' and nurses' attitudes towards performance-based financial incentives in Burundi: a qualitative study in the province of Gitega. *Global Health Action*, *10*(1),

Scott, D. E. (2008). Pay for performance: a nursing perspective. *Nursing that Works*, *24*.

Seyirci, D. (2009). *Hemşire performansı değerlendirme sistemi: İzmir asker hastanesi örneği*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Shen, Y. (2003). Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Services Research*, *38*(2), 535-552.

Sibomana, S. & Reveillon, M. (2015). *Burundi: Performance based financing of priority health services*. Improving Health System Efficiency series, Geneva. World Health Organization, 27, 58.

Smith, A. L. (2007). Merging PBÖ and disease management: how do you know which one is working?. *Journal of Managed Care Pharmacy*, *13*(2 Supp B), 7-10.

Skaggs, K. J., Dickinson, A. M. & O'Connor, K. A. (2008). The use of concurrent schedules to evaluate the effects of extrinsic rewards on "intrinsic motivation": A replication. *Journal of Organizational Behavior Management*, *12*(1), 45-83.

Şahiner, İ. T., Esen, E., Uçar, A. D., Karaca, A. S. & Yastı, A. Ç. (2022). Pay for performance system in Turkey and the world; a global overview. *Turkish Journal of Surgery*, *38*(1), 46.

Welton, J. M., Zone-Smith, L. & Fischer, M. H. (2006). Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity. *Policy, Politics and Nursing Practice*, *7*(4), 270-280.

Werner, R. M., Kolstad, J. T., Stuart, E. A. & Polsky, D. (2011). The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement. *Health Affairs*, *30*(4), 690-698.

Werner, R. M., Goldman, L. E. & Dudley, R. A. (2008). Comparison of change in quality of care between safety-net and non–safety-net hospitals. *The Journal of the American Medical Association*, *299*(18), 2180-2187.

White, G. (2016). *Performance-related pay. In Encyclopedia of Human Resource Management*. Edward Elgar Publishing Limited.

World Bank. 2004. *World Development Report 2004: Making services work for poor people*. Washington, DC: The World Bank Group.

World Health Organization. Guidelines on incentives for health professionals. Erişim tarihi: 18 Mart 2024. http://www.who.int/pmnch/topics/health_systems/healthprofessional_ incentives/en/index.html.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B. & Sermeus, W. (2010). Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research, 10*, 1-13.

Zhou, W., Jian, W., Wang, Z., Pan, J., Hu, M. & Yip, W. (2021). Impact of global budget combined with pay-for-performance on the quality of care in county hospitals: a difference-in-differences study design with a propensity-score-matched control group using data from Guizhou province, China. *BMC Health Services Research*, *21*, 1-8.