

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİNE
İLİŞKİN PAYDAŞ GÖRÜŞLERİNİN ANALİZİ**

DOKTORA TEZİ

Mustafa AMARAT

**Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

HAZİRAN – 2021

Mustafa AMARAT tarafından hazırlanan “Değer Temelli Sağlık Hizmetlerine İlişkin Paydaş Görüşlerinin Analizi” başlıklı bu tez, 30/06/2021 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman : Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU
Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Oğuz IŞIK
Hacettepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi. Mustafa YILDIRIM
Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi. Esra DİL
Sakarya Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C.		Sayfa : 1/1
	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ		
	İŞLETME ENSTİTÜSÜ		
	TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU		
Öğrencinin			
Adı Soyadı	:	MUSTAFA AMARAT	
Öğrenci Numarası	:	D176047104	
Enstitü Anabilim Dalı	:	SAĞLIK YÖNETİMİ	
Enstitü Bilim Dalı	:		
Programı	:	☐ YÜKSEK LİSANS	☒ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN PAYDAŞ GÖRÜŞLERİNİN ANALİZİ	
Benzerlik Oranı	:	%4	
İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,			
☒ Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.			
			30/06/2021 İmza
☐ Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.			
Bilgilerinize arz ederim.			
			/...../20..... İmza
Uygundur			
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT Tarih: 30.06.2021 İmza:			
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:			Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Hayatım boyunca bana desteklerini ve dualarını esirgemeyen sevgili anneme, ananeme ve dedeme hürmet, minnet ve şükranlarımı sunarım. Hayatın önemli anlarını ve bu yolculuğu beraber geçirdiğim eşim Neslihan AMARAT'a ve bu yolculukta bize henüz yeni katılan oğlum Armin AMARAT'a şimdiden teşekkür ederim ve tezimi aileme ithaf ettiğimi belirtmek isterim.

Yükseköğrenim sürecinde hem akademik hem de kişisel gelişimimde bana rehberlik eden, hiçbir zaman yardım ve desteğini esirgemeyen, akademik birikimini, tavsiyelerini, yapıcı eleştirileri ile olaylara ve olgulara bakış açımı değiştiren değerli danışmanım Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Hocamın danışmanlığının ve öğretme sürecinin her zaman devam etmesi dileklerimi belirtmek isterim. Ayrıca, eğitimimde ve çalışmalarımda her zaman akademik destek sağlayan değerli hocalarım, Doç. Dr. Harun KIRILMAZ'a, Dr. Ayhan DURMUŞ'a ve Dr. Özgün ÜNAL'a teşekkürlerimi borç bilirim. Son olarak, Tez sürecimde her zaman desteklerini sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YILDIRIM ve Dr. Öğr. Esra DİL'e teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, Yüksek lisans tezimde de belirttiğim üzere, "Bana öğretmeyi ve öğrenmeyi sevdiren tüm öğretmenlerime saygılarımı sunarım."

Mustafa AMARAT

30.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	İV
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii

GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	9
1.1. Değer Nedir?.....	9
1.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Çalışmaları	10
1.2.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nedir?	14
1.2.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Niçin Gereklidir?.....	18
1.2.2.1. Yükselen Maliyetler ve Sağlık Sisteminin Sürdürülebilirliği	20
1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Fazla, Eksik veya Yanlış Kullanımı ve Düşük Geri Ödeme Sistemleri	20
1.2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	21
1.2.3. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nasıl Gerçekleştirilebilir?	22
1.2.3.1. Her Hasta İçin Sonuçları ve Maliyetleri Ölçümü.....	26
1.2.3.2. Sağlık Bakım Paket Ödeme Sistemi	27
1.2.3.3. Bütünleşik Uygulama Birimleri	28
1.2.3.4. Geniş Coğrafi Erişim.....	29
1.2.3.5. Bilgi Teknolojisi Platformu.....	30
1.2.3.6. Çok Bölgeli Bakım Hizmetlerine Bakımı Entegre ve Koordine Etme	31
1.2.4. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Paydaşların Kimlerdir?.....	32
1.2.5. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Ölçülmesi Ne Şekilde Gerçekleşir? ..	33
1.2.6. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Uygulama Örnekleri.....	37
1.3. Model Geliştirme/ Tema Belirleme	39

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	43
2.1. Araştırma Amacı	43
2.2. Araştırma Yöntemi ve Tasarımı.....	43
2.2.1. Temel Nitel Araştırma Tasarımının Uygunluğu.....	44
2.2.2. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu Hazırlama Süreci ve Gerekçesi	46
2.2.3. Örneklem Stratejisini ve Örneklem Belirleme Aşaması.....	47
2.3. Veri Toplama Süreci	48
2.3.1. Mülakatlar.....	48
2.4. Araştırmanın Etik Yönü	49
2.4.1. Bilgilendirmiş Onam	49
2.4.2. Gizlilik ve Anonimlik.....	49
2.5. Araştırmanın Güvenvericiliği.....	50
2.6. Araştırmanın Analiz Süreci.....	53
2.6.1. Verilerin Deşifre Edilmesi ve Kodlanması.....	53
2.6.2. Temaların Belirlenmesi	54
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	56
3.1. Katılımcıların Özellikleri	56
3.2. Verilerin Sunumu	58
3.2.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Ne demektir?	59
3.2.1.1. Entegrasyon.....	60
3.2.1.2. Sağlık Çıktıları	61
3.2.1.3. Maliyetleri Düşürmek	63
3.2.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Niçin Gereklidir?.....	68
3.2.2.1. Anlık Çözümler Sunması	68
3.2.2.2. Sağlık Hizmet Sunum Problemleri.....	69
3.2.2.3. Yükselen Maliyetler	71
3.2.2.4. Bütüncül Bakışın Olmaması	72
3.2.2.5. Sürdürebilirlik	72
3.2.3. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nasıl Gerçekleştirilebilir?	77
3.2.3.1. Gözlem ve Önleme.....	78

3.2.3.2. Yeni Sistem Tasarımı	79
3.2.3.3. Bütünleşik Uygulama Birimleri	81
3.2.3.4. Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürü	81
3.2.3.5. Destekleyecek Kurumlar	82
3.2.4. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nasıl Ölçülür?	87
3.2.4.1. Sağlık Çıktıları	87
3.2.4.2. Maliyet	89
3.2.5. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Paydaşlar Kimler Olmalıdır?	91
3.2.5.1. Hizmet Sunucuları	92
3.2.5.2. Politikacılar	92
3.2.5.3. Tıp Dernekleri	93
3.2.5.4. Sosyal Güvenlik Kurumu	93
3.2.5.5. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Dairesi Başkanlığı	94
3.2.5.6. Özel Sağlık Sigortası	94
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	97
4.1. Tartışma ve Sonuç	97
4.2. Öneriler	111
4.2.1. Uygulayıcılara ilişkin öneriler	112
4.2.2. Araştırmacılara ilişkin öneriler	112
KAYNAKÇA	114
EKLER	132
ÖZGEÇMİŞ	139

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
BT	: Bilgi Teknolojileri
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
DTSH	: Değer Temelli Sağlık Hizmetleri
FTM	: Faaliyet Tabanlı Maliyet
NHS	: National Health Services
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
QALY	: Quality-adjusted life year
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHS	: Sağlık Hizmet Sunucuları
SP	: Sağlık Politikacıları
STD	: Sağlık Teknolojileri Değerlendirme
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization
ZDFM	: Zaman Dayalı Faaliyet Maliyet
ÜTÖ	: Üçüncü taraf ödeyiciler

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Elde edilen çalışmaların yayın yerleri	12
Tablo 2: DTSH Konusunda Yayımlanan Makalelerin Dergilere Göre Dağılımı.....	14
Tablo 3 : Sonuç Ölçümleri Hiyerarşisi.....	35
Tablo 4: Literatür Analizi Kapsamında Belirlenmiş Temalar.....	42
Tablo 5: Katılımcı doğrulaması Yorumları	51
Tablo 6: Araştırmanın Güvenvericilik Boyutuna İlişkin İzlenen Kriterler	53
Tablo 7: İzlenen Analitik Stratejiler ve Uygulamaları	55
Tablo 8: Katılımcılara İlişkin Bilgiler	57
Tablo 9: Temalara ilişkin Katılımcı Yorum Frekansları.....	59
Tablo 10: “Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Ne demektir?” Sorusuna İlişkin Oluşturulan Tema ve Kategorilere ilişkin ifadeler	65
Tablo 11: “DTSH niçin gereklidir?” Sorusuna İlişkin Oluşturulan Tema ve Kategorilere ilişkin ifadeler	74
Tablo 12: “DTSH Nasıl Gerçekleştirilebilir ?” Sorusuna İlişkin Oluşturulan Tema ve Kategorilere ilişkin ifadeler	84
Tablo 13: DTSH Nasıl Ölçülmeli? Sorusuna İlişkin Katılımcı Görüşleri	90
Tablo 14: DTSH Paydaşları ve Roller Nelerdir? Sorusuna ilişkin Katılımcı Görüşleri.....	95

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: PRISMA Akış Diyagramı	12
Şekil 2: Yıllara Göre Yayın Sayıları.....	13
Şekil 3: Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Kelime Bulutu.....	15
Şekil 4: Küresel Sağlık Bakım Hizmeti İçin Çerçeve	17
Şekil 5: Değer Zinciri	25
Şekil 6: Uzmanlığa göre düzenlenmiş ayrı servisler	29
Şekil 7: Bütünleşmiş Uygulama Birimleri.....	29
Şekil 8: Ölçüm Düzeni	35
Şekil 9: DTSH Ne Demektir Sorusuna İlişkin Tema ve Kategoriler	60
Şekil 10: “DTSH Ne Demektir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları.....	66
Şekil 11: Katılımcı Tanımlamalarına İlişkin Kelime Bulutu	67
Şekil 12: DTSH Niçin Gereklidir Sorusuna İlişkin Tema ve Kategoriler	68
Şekil 13: “Niçin DTSH Gereklidir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları	77
Şekil 14: DTSH Nasıl Gerçekleşir Sorusuna İlişkin Tema ve Kategoriler	78
Şekil 15: “DTSH Nasıl Gerçekleşir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları.....	86
Şekil 16: Dördüncü araştırma sorusuna ilişkin tema ve kategoriler	87
Şekil 17: “DTSH Nasıl Ölçülmelidir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları.....	91
Şekil 18: Beşinci araştırma sorusuna ilişkin tema ve kategoriler	92
Şekil 19: “DTSH Paydaşları Kimler Olmalıdır?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları	96

Tezin Başlığı: Değer Temelli Sağlık Hizmetlerine İlişkin Paydaş Görüşlerinin Analizi	
Tezin Yazarı: Mustafa AMARAT	Danışman: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Kabul Tarihi: 30 Haziran 2021	Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) +135 (tez)+ 8 (ekler)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	
Türk sağlık sistemi içerisinde sağlık hizmetlerinde değer olgusuna ilişkin bir takım öncü çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Fakat bu çalışmaların henüz istenilen seviyeye gelmediği ifade edilebilir. İstenilen seviyenin elde edilmesinde değer temelli sağlık hizmetleri önemli bir rol oynamaktadır. Dünya’da pek çok ülkenin bu sisteme geçişi ve gerçekleştirilen çalışmalar ile bu yaklaşımın küresel olarak bir zorunluluk haline geldiği görülmektedir. Bu yaklaşım sağlık çıktıları ve maliyetleri ile ilişkilendirilmekte ve her harcanan para için sonuçları göz önünde bulundurmaktadır. Bununla birlikte literatürde değer temelli sağlık hizmetlerine ilişkin bakış açısında bir uzlaşımın olmadığı görülmektedir. Bu sebeple çalışmada ilk olarak literatür analizi gerçekleştirilmiştir. Daha sonra Türk sağlık sistemi içerisinde yer alan paydaşların konuya ilişkin görüşlerinin neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Literatür analizi kapsamına 2008 ile 2018 yılları arasında gerçekleştirilen ulusal ve uluslararası çalışmalar dahil edilmiştir. Bu analiz sonucunda toplam 169 akademik çalışma incelenmiş ve değer temelli sağlık hizmetlerinin tanımlarının nasıl yapıldığı, niçin gerekli olduğu, nasıl gerçekleştirildiği, paydaşların kimler olduğu ve nasıl ölçüldüğü sorularının cevapları aranmıştır. Ancak yapılan analiz neticesinde her bir soruya birbirinden farklı cevaplar verildiği; hatta bu soruların cevaplarının uygulandığı ülkeye ve zamana göre değişebildiği belirlenmiştir. Daha sonra çalışma kapsamında Türk sağlık sisteminde yukarıdaki soruların cevapları sağlık hizmet sunucuları, sağlık politikacıları ve üçüncü taraf ödeyicilerden alınmıştır. Bu üç paydaş grubunun tercih edilmesinde farklı roller üstlenmeleri sebebiyle olguya farklı çerçevelerden bakabilme olasılıkları etkili olmuştur. Paydaş görüşlerinin daha kapsamlı incelenebilmesi için çalışma temel nitel araştırma olarak tasarlanmıştır. Çalışmada veri toplama amacıyla derinlemesine mülakat yönteminden yararlanılmıştır. Paydaşlar ile yapılan mülakatlar, Kasım 2020 ile Mart 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmet sunucuları ile 7, üçüncü taraf ödeyicileri ile 5 ve sağlık politikacıları ile 7 olmak üzere toplam 19 kişi ile derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Mülakatlarda veri toplama aracı olarak literatürden yararlanılarak oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Tüm mülakatlar kayıt altına (ses veya video) alınmıştır. Toplam kayıt süresi 1247 dakikadır. Ses ve video kayıtları öncelikle Word ortamına aktarılmış ve daha sonra Nvivo 12 programı ile içerik analizine tabi tutulmuştur. Araştırma bulguları her bir araştırma sorusuna özel olarak değerlendirilmiş ve her bir soru için ayrı kategori ve temalar tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında toplam 21 tema oluşmuştur. Bu temaların üçü değer temelli sağlık hizmetleri nedir sorusu ile ilişkilendirilmiştir. Bu soruya ilişkin ortaya çıkan temalar entegrasyon, sağlık çıktıları ve maliyetleri düşürme temalarıdır. Değer temelli sağlık hizmetleri niçin gereklidir sorusuna ilişkin olarak beş tema ortaya çıkmış ve temalar; anlık çözümler sunulması, sağlık hizmeti sunum problemleri, yükselen maliyetler, bütüncül bakış eksikliği ve sürdürülebilirlik olarak tespit edilmiştir. Bir sonraki araştırma sorusu Türk sağlık sistemi içerisinde değer temelli sağlık hizmetlerinin nasıl gerçekleştirebileceği ile ilişkilidir. Bu soruya ilişkin ortaya beş tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar gözlem ve önleme, yeni sistem tasarımı, bütüncül uygulama birimleri, sağlık hizmeti kullanım kültürü ve destekleyici kurumların varlığıdır. Oluşturulacak olan değer temelli sağlık hizmetlerinin nasıl ölçüleceğine ilişkin olarak toplam iki tema belirlenmiştir. Bu temalar tanımlamalarda da olduğu gibi sağlık çıktıları ve sağlık hizmeti maliyetleri ile ilişkilidir. Son olarak değer temelli sağlık hizmeti paydaşları hizmet sunucuları, politikacılar, tıbbi dernekler, Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık teknolojileri değerlendirme ve özel sağlık sigortası kuruluş temaları belirlenmiştir. Temalara ve kategorilere ilişkin olarak katılımcıların yoğunlukları farklılık göstermektedir. Ayrıca tespit edilen temalar literatür ile benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Farklılıkların sebebi her sağlık sisteminin kendisine has özelliklerinin olmasında kaynaklanmaktadır. Bu çalışma literatüre yer alan çalışmaları bir bütün olarak incelemesi noktasında katkı sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı politikaları arasında doğrudan yer almasa da sağlığı daha değerli hale getirme ve sağlığın nasıl getirebileceğinin anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Son olarak, paydaşlar ortak bir amaç etrafında toplanmalı ve olgunun Türk sağlık sistemine uygunlanmasına ilişkin eylem planları hazırlanmalıdır. Bu sayede mevcut problemler çözüme kavuşacak ve sistem tüm paydaşlar için daha değerli hale gelecektir.	
Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Değer Temelli Sağlık Hizmetleri, Kalite, Performans, Sağlık Politikaları, Paydaş	

Title of the Thesis: Analysis of Stakeholder Views on Value-Based Health Services	
Author: Mustafa AMARAT	Supervisor: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Date: 30 June 2021	Np: viii (pre text) + 135 (main body) + 8 (app)
Department: Health Management	
It is seen that some pioneering studies have been carried out on the value phenomenon in health services within the Turkish health system. However, it can be stated that these studies have not reached the desired level yet. Value-based health services play an essential role in achieving the desired level. It is seen that this approach has become a necessity globally with the transition of many countries in the world to this system and the studies carried out. This approach relates to health outcomes and costs and considers the consequences for every money spent. However, it is seen that there is no consensus in the literature regarding value-based health services. For this reason, a literature analysis was first carried out in the study. Afterwards, it was tried to determine the opinions of the stakeholders in the Turkish health system were on the subject. National and international studies carried out between 2008 and 2018 were included in the literature analysis. As a result of this analysis, 169 academic studies were examined, and answers were sought to the questions of how value-based health services are defined, why they are necessary, how to do it, who the stakeholders are, and how they are measured. However, as a result of the analysis, different answers were given to each question; In fact, it has been determined that the answers to these questions may vary according to the country and time of application. Then, within the scope of the study, the answers to the above questions in the Turkish health system were obtained from health service providers, health politicians, and third-party payers. The possibility of looking at the phenomenon from different perspectives was influential in the preference of these three stakeholder groups, as they play different roles. The study was designed as a basic qualitative research in order to examine the stakeholder views more comprehensively. In the study, an in-depth interview method was used for data collection. Interviews with stakeholders were conducted between November 2020 and March 2021. In-depth interviews were conducted with 19 people; 7 with health service providers, 5 with third-party payers, and 7 with health politicians. A semi-structured interview form, which was created using the literature, was used as a data collection tool in the interviews. All interviews were recorded (audio or video). The total recording time is 1247 minutes. Audio and video recordings were first transferred to the Word environment and then subjected to content analysis with the Nvivo 12 program. Research findings were explicitly evaluated for each research question, and separate categories and themes were determined. A total of 21 themes were formed within the scope of the research. Three of these themes were associated with the question of what is value-based health care. The themes that emerged from this question were integration, health outcomes, and cost reduction. Five themes emerged regarding why value-based health services are needed, and the themes are; instant solutions, health service delivery problems, rising costs, lack of holistic view, and sustainability. The following research question is related to how value-based health services can be realized within the Turkish health system. Five themes emerged regarding this question. These themes are monitoring and prevention, new system design, integrated implementation units, healthcare utilization culture, and supporting institutions. A total of two themes were determined regarding how the value-based health services to be created will be measured. These themes are related to health outcomes and health care costs as well as definitions. Finally, the themes of value-based health care stakeholders, service providers, politicians, medical associations, Social Security Institution, health technologies evaluation, and private health insurance establishments were determined. Concerning the themes and categories, the densities of the participants differ. In addition, the identified themes show similarities and differences with the literature. The reason for the differences is that each health system has its characteristics. This study contributes to the review of the studies in the literature as a whole. Although it is not directly among the policies of the Ministry of Health, it is thought that it will help make health more valuable and understand how it can bring health. Finally, the stakeholders should gather around a common goal and action plans should be prepared to adapt the phenomenon to the Turkish health system. In this way, existing problems will be solved and the system will become more valuable for all stakeholders.	
Keywords: Health Economics, Value-Based Health Services, Quality, Performance, Health Policies, Stakholders	

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı sağlık istatistiklerine göre ülkeler gayri safi yurt içi hasıllarının yaklaşık %10'unu sağlık harcamalarına ayırmaktadır (WHO,2019). Ayrıca ayrılan gelirler son 10 yıl içerisinde sürekli olarak artmaktadır (OECD, 2020). Dünya ortalamasını gerisinde olsa da Türkiye için bu oran 2019 yılında % 4,7 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2021). Bu oranlardan da anlaşılacağı gibi, ayrılan kaynakları daha etkili ve verimli kullanmak gerekmektedir. Gereksiz maliyetleri azaltmak, kaliteli sağlık hizmeti sunmak ve erişimi kolaylaştırmak için Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan sağlık harcamalarının etkin kullanımı ve sektörde kalite iyileştirme çalışmaları sürdürülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Dönüşüm programı ile beraber 2007 yılında “ Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Başkanlığı”, 2012 yılında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” ve son olarak Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı altında çalışmalar devam etmektedir. Sağlık kuruluşlarında bu konuda çıkarılan yönetmelik ve göstergeler uygulamaktadır. Bu uygulamalar daha düşük maliyet ve daha yüksek kaliteli sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir.

Sağlık sektöründe kullanılan kaynaklar ve harcamalar, hastalar için olası maksimum sonuçları ortaya koymak için tasarlanmalıdır. Fakat Dünya’da sağlık için ayrılan bütçelerin ve bütçe artışlarının çoğunun gereğinden fazla ve yanlış hizmet kullanımına harcandığı ortaya konulmuştur (Berwick ve Hackbarth, 2012). Türkiye’de bu göstergeler üzerine net çalışmalar olmasa dahi sağlık sektörüne ayrılan bütçenin harcandığı yerler arasında gereksiz tedavi hizmeti, defansif tıp, yanlış yönlendirmeler, verimsiz kurallar ve yolsuzlukların gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır (Ünal, 2020; Kılıçarslan, 2015; Şahin vd., 2009). Bu harcama ve uygulamalar istenilen değerde sağlık hizmeti sunumunu zorlaştırabilmenin yanı sıra diğer makro harcamalara (eğitim, kamu güvenliği vb.) ayrılan bütçelerde kısıtlamalara sebep olabilmekte ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini zora sokabilmektedir. Tüm bu çabalara ve gelişmelere rağmen sayılan sebeplerden dolayı sağlık sektörü içerisinde optimum güvenlik ve kalite seviyeleri sürdürülememiştir. Nihayet, Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu’nda “harcamaların yerindeliği ve kalitenin artırılması” öncelikli dönüşüm programları içerisinde yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

2000’li yıllarda başlayan ve hızla gelişen “Değer Temelli Sağlık Hizmetleri (DTSH)” bakış açısı yukarıda belirtilen problemlere çözüm getireceği düşüncesiyle bir model olarak ileri sürülmektedir (Klok et al., 2019; Gordon, Chang, & Burrill, 2018; Bhatt vd., 2015). Bu model, sadece doğrudan maliyetlere odaklanmamakta aynı zamanda kaynakları değerli kılma anlayışını da benimsemektedir. Ayrıca modelin potansiyel sonuçları sadece hastalara değil tüm paydaşlara genel olarak maliyeti düşürme fırsatları ve en ekonomik sonuçlara ulaşma bağlamında toplum için önemli olan değer ve sonuçlara odaklanması, optimizasyon ve profesyonelleşmenin geliştirilmesi, satın alma metodolojilerinde harmonizasyon ve standardizasyonun sağlanması ve karşılaştırma avantajı ve işbirliği fırsatları ile iyi uygulamaların yaygınlaşması olarak gösterilmektedir (Porter ve Teisberg, 2006). Değere dayalı sağlık hizmeti kavramı, örgütsel davranış ve uygulamaları değiştirmek suretiyle değere dayalı bir yaklaşıma vurgu yapmaktır. Bu yaklaşım bakımda kalitenin iyileştirilmesini teşvik etmektedir (Zipfel, et al., 2019) Bu da, daha iyi sağlık çıktıları ve daha düşük kullanım maliyetleri ile daha yüksek performansa yol açmaktadır.

Değer temelli sağlık hizmetleri yaklaşımı İspanya, Almanya, İngiltere gibi bazı ülkelerde kısmi olarak uygulanmaktadır (Özsarı, 2018; The Economist Intelligence Unit, 2020). Örneğin İspanya’da omurilik ameliyatları için ödemenin %25’i hastanın bir yıl sonraki durumuna bakılarak yapılmaktadır. Burada çıktı, hastanın hastalık nedeniyle yapamadığı fonksiyonlarını yapabilir hale gelmesi ve ağrı duymaması olarak belirlenmiştir. Hatta sağlıklarını korumak ve geliştirmek adına yaşam biçimine kadar değişiklik yapabilen kişilerin, ödül olarak daha az sigorta primi ödediği örnekler bile geliştirilmektedir (Özsarı, 2018; Tarım, 2019). Ülkelerin ulusal sağlık sisteminde bu gibi gelişmeler yaşanırken uluslararası literatürde yapılan çalışmalar bulunsa da Türk Sağlık Sistemi içerisinde ampirik bulgulara rastlanmamıştır (YÖK tez, Google akademik vb.). Ayrıca, sağlık bakım kalite sonuçlarının iyileştirilmesi ve finansal sürdürülebilirlik arasında nasıl bir dengenin sağlanması gerektiğine ilişkin bilgi eksikliği mevcuttur. Değer temelli geri ödeme, klinik kalite ölçü sonuçlarının elde edilmesi, sunulan bakımın değerini ve sağlanan hizmetlerin maksimum geri ödemesine ilişkin literatürde bilgi eksikliği mevcuttur.

Yukarıda konusu hakkında kısa bilgiler sunulan tez çalışması dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, literatür incelemesi gerçekleştirilmiştir. Literatür incelemesinde son on yıl içerisinde belirlenmiş olan yayınlar çerçevesinde aşağıda yer

alan sorulara cevap aramaktadır: (1) DTSH nasıl tanımlanmaktadır? (2) DTSH niçin gereklidir (3) DTSH nasıl gerçekleşir? (4) DTSH uygulamalarında paydaşların rolleri nelerdir? (5) DTSH nasıl ölçülür? Bu beş soru göz önüne alınarak verilerin sentezleme işlemi yapılmaktadır. Araştırmanın ikinci bölümde ise araştırmanın amacına yönelik olarak bir dizi soruya cevaplandırmaktadır. Bu sorular araştırmanın yöntemi, tasarımı, örneklem belirleme stratejisi ve veri toplama sürecinden oluşmaktadır. Ayrıca bu bölüm, araştırmanın güvenvericilik boyutlarını ve izlenen stratejileri ve verilerin analiz sürecini de içermektedir. Araştırmanın üçüncü bölümü hem literatür araştırmasından hem de verilerden elde edilen tema ve kategorilerin belirlenmesi ve açıklanması sürecini içermektedir. Bu bölümde ayrıca kategorize edilmiş katılımcıların temalara ilişkin yoğunlukları da paylaşılmaktadır. Araştırmanın son kısmını ise tartışmanın sonuç ve önerilerinden oluşmaktadır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatürde bulunan diğer çalışmalarla karşılaştırılmakta ve tartışılmaktadır.

Problem Durumu

DTSH yaklaşımı küresel olarak stratejik bir zorunluluk haline gelmiştir. (Berry, 2019; WEF, 2018). Türk Sağlık Sistemi 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı ile maliyetleri azaltmak eşitlik ve hakkaniyeti geliştirmek için finansal ödeme sisteminde bir takım değişiklikler gerçekleştirmiştir. Değişimler DTSH yaklaşımına Türk sağlık sistemini yaklaştırsa da tam olarak yaklaşımın benimsenmediği görülmektedir. Bu değişimlerin başında sigorta sistemini tek çatı altında birleştirmek ve tüm nüfusu kapsamayı yer almaktadır. Fakat ekonomik kriz dönemleri ve artan sağlık harcamaları neticesinde sağlık finansmanının devlet bütçesinden cepten ödemelere doğru kaydığı görülmektedir. Ayrıca cepten yapılan ödemeler yoksul hanelere yıkıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle Türk sağlık sistemi içerisinde yer alan kurum, kuruluşlar ve ilgili akademik çalışmaların sağlık harcamaları ve kalite iyileştirme üzerine odağını arttığı görülmektedir (QPS, 2021). Tüm bu çabalar klinik sonuçlar ve verilen hizmetlere hasta geri bildirimine dayanarak maliyetleri düşürmeyi ve kaliteyi yükseltmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda sergilenen çaba daha düşük maliyetlerle daha güvenilir ve daha yüksek kalitede bir bakımın geliştirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır.

M. Porter (2010; 2014), sağlık hizmet bakımını geliştirmek üzere yaptığı çalışmalarla literatüre önemli katkılar sağlamıştır. Yazar, sağlık hizmetlerinin mevcut durumu hakkında “21. Yüzyıl tıp teknolojisinin, 19. yüzyıl organizasyon yapıları, yönetim

uygulamaları ve fiyatlandırma modellerine göre sunulduğuna dikkat çekmekte ve sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlemesi gerektiğine vurgu yapmaktadır (Saranummi, 2009). Ayrıca, yeniden düzenlemelerin özünün değere dayanması gerektiğine dikkat çekmektedir. Fakat bu alanda yapılan uygulamalar ve araştırmalar incelendiğinde DTSH'nin öncelikle kalp ve damar cerrahisi gibi spesifik alanlar çerçevesinde oluşturulduğu görülmektedir (Busink et al., 2019; Groeneveld et al., 2019; Harfouche et al., 2017). Ayrıca, bir sağlık sisteminin genel amacı hastalara kaliteli sağlık hizmeti sunmak olmasına karşılık, bireysel aktörler genellikle sistem içinde farklılaşabilen, birleşebilen ve/veya içiçe geçebilen kendi hedefleri ve iş mantığı tarafından yönlendirilmekte ve motive edilmektedir (Guercini, Milanesi ve Runfola, 2020; Schiavone ve Simoni, 2019; Verleye et al., 2017). Bu nedenle, DTSH'nin benimsenmesini anlamak ve kolaylaştırmak için sistem düzeyinde birden çok kurumsal paydaşın değer yaratma sonuçlarının ve motivasyonlarının incelenmesi gerekmektedir (Jaakkola, Aarikka-Stenroos ve Ritala, 2019; Ciasullo et al., 2017).

Çalışmanın Amacı ve Cevap Aradığı Sorular

Yukarıda tanımlanan problem durumuna göre, DTSH oluşturmak makro, mezo ve mikro bağlamda sağlık hizmeti paydaşlarının yararına olacağı varsayılmaktadır. Bu varsayım doğrultusunda değere dayalı sağlık hizmetleri arzu edilen bir durum olarak nitelendirilmektedir. Bu durum her ne kadar teoride ve bazı ampirik bulgulara ilişkin kısmi çalışmalar yer alsa da Türkiye'de sağlık hizmetlerin sunulması, düzenlenmesi ve ödemelerin gerçekleştirilmesinde rol alan aktörlerin değer temelli sağlık hizmetleri hakkında görüşlerinin ve bu konuda uyguladıkları yöntemlerin neler olduğu bilinmemektedir.

Bu tez çalışması ile Türk Sağlık Sistemi içerisinde sağlık hizmetlerin sunulması, düzenlenmesi ve ödemelerin gerçekleştirilmesinde rol alan paydaşlarının DTSH'ye ilişkin görüşleri, niçin gerekli olduğu veya olmadığı ve nasıl gerçekleştirebileceği anlaşılmaya çalışılmaktadır. Bu amaç doğrultusunda sağlık hizmeti paydaşlarının (sunucularının, politikacıların ve üçüncü taraf ödeyicilerin) hastalara sunulan hizmetlerin değerinde iyileşme sağlamaları adına kullandıkları iş uygulamaları, stratejileri, klinik kalite önlemlerinin elde edilmesi ve nihayetinde sunulan hizmetler için maksimum geri ödeme alması için yapılan ve/veya yapılması planlanan uygulamalar anlaşılmaya çalışılmaktadır. Literatürde DTSH'ye ilişkin olarak farklı paydaş gruplarının olduğu ve

kavramın hasta merkezlilikle iç içe tanımladığı bilinmesine rağmen bu çalışmada hastalar ya da diğer paydaş grupları üzerinde durulmamaktadır. Çalışmada sağlık hizmetlerin sunulması, düzenlenmesi ve ödemelerin gerçekleştirilmesinde rol alan sağlık hizmet sunucuları, politikacılar ve üçüncü taraf ödeyicilerin görüşleri paydaş görüşleri olarak değerlendirilmektedir. Bunun sebebi sağlık sistemine ilişkin olarak değiştirilmesi ve/ya dönüştürülmesi düşünülen DTSH olgusunun paydaşların farklı alanlardan konuyu irdelemelerine imkan vermesidir. Ayrıca, sisteme ilişkin bu paydaşlar daha bütüncül bir bakış açısı sunabilmektedir. Bu sebeple çalışmanın bundan sonraki kısmında paydaşlar ifadesi sağlık hizmet sunucuları, politikacılar ve üçüncü taraf ödeyicilerini ifade etmektedir.

Bu açıklamalardan hareketle çalışmanın cevap aradığı araştırma soruları şu şekilde ifade edilebilir:

1. DTSH ne demektir?
2. DTSH gerekli midir?
3. DTSH nasıl gerçekleştirilebilir?
4. DTSH nasıl ölçülebilir?
5. DTSH'nin paydaşları kimlerdir?

Çalışmanın Önemi ve Olası Katkısı

Değer temelli sağlık hizmetleri, uluslararası literatürde geniş yer bulan ve farklı boyutlarla çalışılmış olan bir modeldir. Bununla birlikte farklı yönlerinin iyi araştırılmadığı ifade edilmektedir (Andersson et al., 2015). Örneğin, DTSH ile ilgili bir takım hastalıklar veya tedavi yöntemleri (kalp ve damar cerrahisi, lynch sendromu, mikrovasküler dekompresyon cerrahi bakım gibi) hakkında araştırmalar bulunmaktadır (Fantini ve Vaccaro, 2019; van Egdom et al., 2019). Aynı zamanda alanda değere dayalı satın alma stratejileri, eş düzey izleme ve saha temelli araştırmalar da bulunmaktadır (Miao et al., 2019; González-Ferrer et al., 2018; Nilsson et al., 2017; Wich et al., 2018). Fakat ulusal literatür incelendiğinde konuya ilişkin çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Yüksek Öğretim Kurulu tez arama motorunda “Değer temelli sağlık hizmetleri” şeklinde arama yapıldığında 2019 yılında bir yüksek lisans ve bir doktora tezine rastlanılmaktadır. Google akademik üzerinde ulusal literatürde arama yapıldığında ise sınırlı sayıda olmak koşuluyla derleme ya da literatür taraması şeklinde yazılmış makalelere rastlanmaktadır. Bu nedenle, Türk Sağlık sistemi içerisinde

DTSH'nin özelliklerini daha iyi anlamak için daha fazla çalışmaya, özellikle de ampirik çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Bu araştırma ile iki farklı yönden katkı sağlanması planlanmaktadır. Bunlardan ilki ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlanmasıdır. İkinci olarak çalışma Türk Sağlık Sistemi paydaşlarının konuya ilişkin görüşlerini ve mevcut uygulamalarını ortaya koymaktadır. Bu şekilde birey ve toplum sağlığı üzerinde önemli rol üstlenen paydaşların fikirleri bir araya getirilmiştir. Böylece, pek çok sağlık kuruluşunun sürdürülebilirliğinin sağlanması için proaktif stratejilerin tasarlanması, temel yetkinlikleri geliştirilmesi, bu kuruluşların değer temelli örgütler haline getirilmesi ve sisteme entegre edilmeleri kolaylaşmaktadır.

Son olarak paydaşların görüşlerinin belirlenmesi, performans ve hesap verebilirliğin artırılması, paydaşların çıkarlarını ve faaliyetlerini birleştirme ve ortak bir hedefe yönlendirmenin önündeki engellerin neler olduğunun tespit edilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Çalışmanın Yöntemi

Araştırmanın amaçları doğrultusunda nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Araştırma örneklemini sağlık sisteminde önemli rollere sahip olan sağlık politikacıları (SP), sağlık hizmeti sunucuları (SHS) ve üçüncü taraf ödeyiciler (ÜTÖ) oluşturmaktadır. Çalışmada araştırmacı tarafından kategorize edilmiş her bir örneklem grubu ile ayrı ayrı derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Covid-19 pandemi koşulları göz önünde bulundurularak görüşmelerin çoğu online olarak gerçekleştirilmiştir. Kasım 2020 ile Mart 2021 tarihlerinde arasında SHS ile yedi; sağlık politikacıları ile yedi ve ÜTÖ ile beş kişi olmak üzere toplam 19 kişi ile görüşme yapılmıştır.

Görüşmeler sırasında önceden hazırlanmış yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Yapılan görüşmelerin video ve ses kaydı alınmıştır. Video ve ses kayıtları ile toplanan veriler analiz edilmesi için öncelikle Word formatına aktarılmıştır. Verilerin analizi sürecinde dört adımdan oluşan bir analiz stratejisi izlenmiştir. Bu stratejiler sırayla taslak fikirlerin oluşması, kodların belirlenmesi, kodların temalara indirgenmesi ve kodların frekanslarının hesaplanmasını içermektedir. Tüm stratejilerin izlenme sürecinde Nvivo programından yararlanılmıştır.

Araştırmanın güvenvericiliğini arttırmak amacıyla araştırma tasarımı, veri toplama aşamaları, analiz ve bulguların ortaya çıkarılması sürecinde araştırmacı üçgenleme, dış

denetim mekanizması, katılımcı teyidi ve kodlayıcılar arası görüş birliği kriterleri uygulanmıştır.

Araştırmacının Konumu

Literatürde son on yıl içerisinde tartışılan, gelişen ve genişleyen DTSH tanımlamalarında bir takım kırılmalar ve farklı görüşlerin olduğu görülmektedir. DTSH'nin doğru bir şekilde tanımlanmasında bu kırılmaların ve farklılıkların tespit edilmesi ve sürece dair paydaşların görüşlerinin belirlenmesi ve Türk Sağlık Sistemi içerisinde konunun anlaşılması esastır. Ancak, DTSH tanımlamalarına ve paydaşların etkileşimlerine ilişkin farklı yaklaşımlar ve argümanlara literatürde oldukça sıklıkla karşılaşılmaktadır (Mkanta et al., 2016; Kim, Farmer ve Porter, 2013; Larsson et al., 2011; Porter ve Teisberg, 2006). Bu farklılıklar neler olduğu ve içerisinde yer aldığı bağlam genel itibarı ile çalışmanın birinci bölümünde tartışılmaya çalışılmaktadır. Bu bakımdan araştırmacının *bilgibilimsel* ve *yöntembilimsel* tercihlerinin ne olduğunu belirgin hale getirmesi gerekmektedir. Bu sayede araştırma konusunda kuramsal çerçevesine ait sınırların netleşeceği düşünülmektedir (Creswell, 2019; Guba ve Lincoln, 1994).

Araştırmanın Bilgibilimsel Tercihi

DTSH'nin Türkiye'de henüz uygulanmıyor olması ve sağlık sistemi paydaşlarının DTSH tanımlamalarının *ne* olduğu ve buna ilişkin sisteme özgü düşünlerinin *neler* olduğu, paydaşlarının *kimler* olduğu, *niçin* gerekli olduğu ve *nasıl* gerçekleştirebileceği sorularının belirlenmesi önemli bulunmaktadır. DTSH'ye ilişkin araştırmalar incelediğinde farklı kuramsal arka planlardan yararlandığı, değerlendirildiği ve genel itibarı ile ampirik çalışmalara yer verildiği görülmektedir (Busink et al., 2019; Groeneveld et al., 2019; Harfouche et al., 2017). Bununla birlikte genel itibarı ile ilgili literatürün Porter ve Teisberg (2006) çalışması ile başladığı ve genişlediğini ve hemen hemen her çalışmada bu kaynağa atıfta bulunarak çalışmaların gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu sebeple çalışmada Porter ve Teisberg (2006)'ın öncü olarak tanımladığı DTSH'ye yönelik kuramsal birikiminden faydalanılması tercih edilmektedir. Bu bilgiler ile birlikte araştırmacı ön bilgilerini ve öz perspektifini ortaya koymaktadır.

Araştırmanın Yöntembilimsel Tercihi

Araştırma sorularına cevap bulabilmek adına araştırmacı nitel bilimsel araştırma yöntemi tercih etmiş ve temel nitel araştırma deseni kabul edilmiştir. Yöntem ve desenin tercihinde

DTSH konusunda ulusal literatürün kısıtlılığı sebebiyle araştırmacının derinlemesine incelemeler yaparak araştırma sorularına cevap verme çabası rol oynamaktadır. Bu sebeple araştırmada nitel bir yöntem tercih edilmiştir.

Nitel araştırma yöntemleri tasarımları içerisinde farklı tasarımların olduğu bilinmektedir (Punch, 2016; Creswell, 2018; Merriam, 2015). Her bir tasarımın kendi içerisinde bir tutarlılık ve yol göstericiliği olsa dahi çoğu zaman araştırmacılar yerleşik metodolojinin sınırlarına tam olarak uymayan araştırma sorular ile karşılaşmaktadır (Merriam, 2015). Bu durumda kullanılan tasarımlardan biri temel nitel araştırma desenidir. Bu tasarımda birden fazla yerleşik metodolojiden yararlanılmaktadır. Aynı zamanda bu tasarım araştırmacının ilgili fenomeni katılımcılar açısından anlamasına yardımcı olmaktadır (Creswell,2019).

Son olarak araştırma kapsamında amaçlı örneklem yöntemi tercih edilmiştir. Bunun sebebi araştırma konusuna ilişkin olarak sağlık sistemine ilişkin paydaşların görüşlerine yer verilmesidir. Böylece Türk Sağlık Sistemi paydaşlarının DTSH'ye ilişkin görüşlerinin daha kapsamlı bir bakış açısıyla sağlanacağı düşünülmektedir.

Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırma belirli sınırlar çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırma kapsamında bu sınırlılıkları iki başlık altında toplamak mümkündür. Bu başlıklardan ilkinin literatüre dair sınırlılıklar oluşturmaktadır. DTSH ile ilgili araştırmaların görece yakın zamanda yaygınlaşması ve multidisipliner bir şekilde çalışılması sebebi ile araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu sınır araştırma soruları bağlamında düşünüldüğünde daha da sınırlı hale gelmektedir. DTSH ilişkin Türkiye’de yapılan araştırmalar daha çok literatür incelemesi şeklindedir.

İkinci sınırlılık ise araştırma sürecine ilişkindir. Bu süreçte maruz kalınan ilk sınırlılık, katılımcılara ilişkindir. Araştırma üç farklı paydaş grubu üzerine kurgulanmıştır. Bununla birlikte bir sağlık sisteminin daha fazla paydaşı olduğu bilinmektedir. Araştırmada araştırma sorularına ilişkin önemli bilgiler sunsa da bu üç paydaş grubu dışındaki diğer paydaşların görüşleri bilinmemektedir.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Değer Nedir?

Değer ilişkinolarak birçok farklı alanda çalışılmakta ve olguya ilişkin atfedilen anlamlar alandan alana değişebilmektedir. Bu değişim aynı zamanda zamansal olarak da kavrama ilişkin bir takım değişimleri beraberinde getirmektedir. Araştırma kapsamında 2000 yılların başlarında tartışılmaya başlanan sağlık hizmetlerinde değer kavramı irdelenmektedir. Sağlık hizmetlerinde değer tanımlamaları sağlık hizmet performansının iyileştirilmesi çerçevesinde ele alınmaktadır. Fakat değer ne soyut ideal bir durum ne de maliyetleri düşürecek sihirli bir değnek olmadığı vurgulanmaktadır.

Porter'a (2010) göre sağlık hizmetlerinde değer, büyük ölçüde yanlış anlaşılmalara sebebiyet vermektedir. Porter'a (2010) göre sağlık hizmetlerinde değer kavramı, bakım maliyetlerine göre elde edilen hasta sağlığı sonuçları olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerindeki değer büyük ölçüde ölçülmemiş ve yanlış anlaşılmıştır. Bu yanlış anlaşılma büyük orada birbirinden farklı özellikler barındıran paydaşların konuya ilişkin atfettikleri anlamlardan kaynaklanmaktadır. Örneğin hasta değeri, hastane değeri, sağlık hizmet sunucuları açısından değer gibi farklı tanımlamalar bulunabilmektedir. Hasta değeri bireysel düzeyde ve toplumsal düzeyde tanımlanmaktadır (Addario et al., 2018). Hasta değeri bireysel düzeyde tanımlandığında, hastanın kişisel deneyimi, sağlık hizmetlerine ilişkin değerlendirmeleri ve kendisine has bir takım özellikleriyle ilişkili öznel değerlendirmeleri ile şekillenmektedir. Toplum düzeyinde değeri sosyal, dini ve kültürel bir takım faktörler ile hastaların yaşadığı sağlık ortamı şekillendirmektedir. Hastalara ilişkin değer kavramı bu noktada statik bir yapı içerisinde yer almamakta ve sağlık hizmeti sunumunun öncesinden sonrasına kadar olan tüm süreçlerde değişkenlik göstermektedir. Literatürde hasta değeri ve gelişimi sunulan hizmet kalitesi, hastaların kendileri ile kurulan iletişim modeli ve iletişimin yoğunluğu ve şeffaflıkla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, hasta merkezlilik bu nokta değer yaratılmasında önemli bir değişken olarak ele alınmaktadır. Sonuç olarak hasta değeri hastaların kendilerine sunulan hizmeti ve maliyetleri değerlendirdikleri kişisel yargılar bütünü olarak tanımlanabilir. İkinci olarak hastane değeri olarak da ifade edilebilen kurum değeri kavramı karşımıza çıkmaktadır. Kurum değeri, hastaların içerisinde bulunduğu tıbbi koşulların tanımlandığı ve bu problemlere ilişkin doğru tedavinin doğru bir şekilde sunulduğu yöntemlerle ilişkilendirilmektedir. Buna karşılık sağlık personeli açısından

değer, bilinen (klinik olarak uygun ve kanıta dayalı) tıbbi hizmetlerin sunulmasını içermektedir. Üçüncü taraf ödeyicileri ise sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteyi arttırması ve maliyetleri düşürmesi üzerine odaklanmaktadır. Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı gibi değer farklı paydaş grupları için farklı şekillerde ele alınsa da nihai amaç hasta için değer yaratılmasıdır. Bu noktada tek tek paydaşların değer yaratması mümkün olamayacaktır. Busebeple değerın yaratılması bir sistemin geliştirilmesi ve işletilmesi ile mümkün olabilecektir. Sistem içerisinde yer alan tüm aktörlerin arttıracakları ve azaltacakları unsurlar buna göre şekillenecektir. Ayrıca değer her zaman daha fazla bakım anlamına gelmemektedir. Aksine değer daha iyi bakım anlamına gelmekte ve sağlık sistemlerini bu noktada itici bir güç olmaya zorlamaktadır (Porter, 2008).

Değer maliyetlere ve sonuçlar ile ilişkilendirildiğinden verimliliğe dayanmaktadır. Bu anlamda Porter (2010) sistemlerin maliyetleri sınırlama politikalarına gittiğini ve önceden yapılan reform çabalarının işe yaramadığını ifade etmektedir. Sistemler elde edilen sonuçlara bakmadan sadece maliyetlere odaklanmaları halinde yanlış tasarruflara yol açacak ve potansiyel etkili sağlık bakım hizmetlerini sınırlandıracaktır. Sadece maliyetlere odaklanmak yerine yaratılan değerın odak olarak alınması bu yanlış tasarruf tehlikesinin önüne geçecektir. Bu sebeple değer tanımlamalarının ardından bu tezde özellikler üzerinden durulan konu değer temelli sağlık hizmetleridir.

1.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Çalışmaları

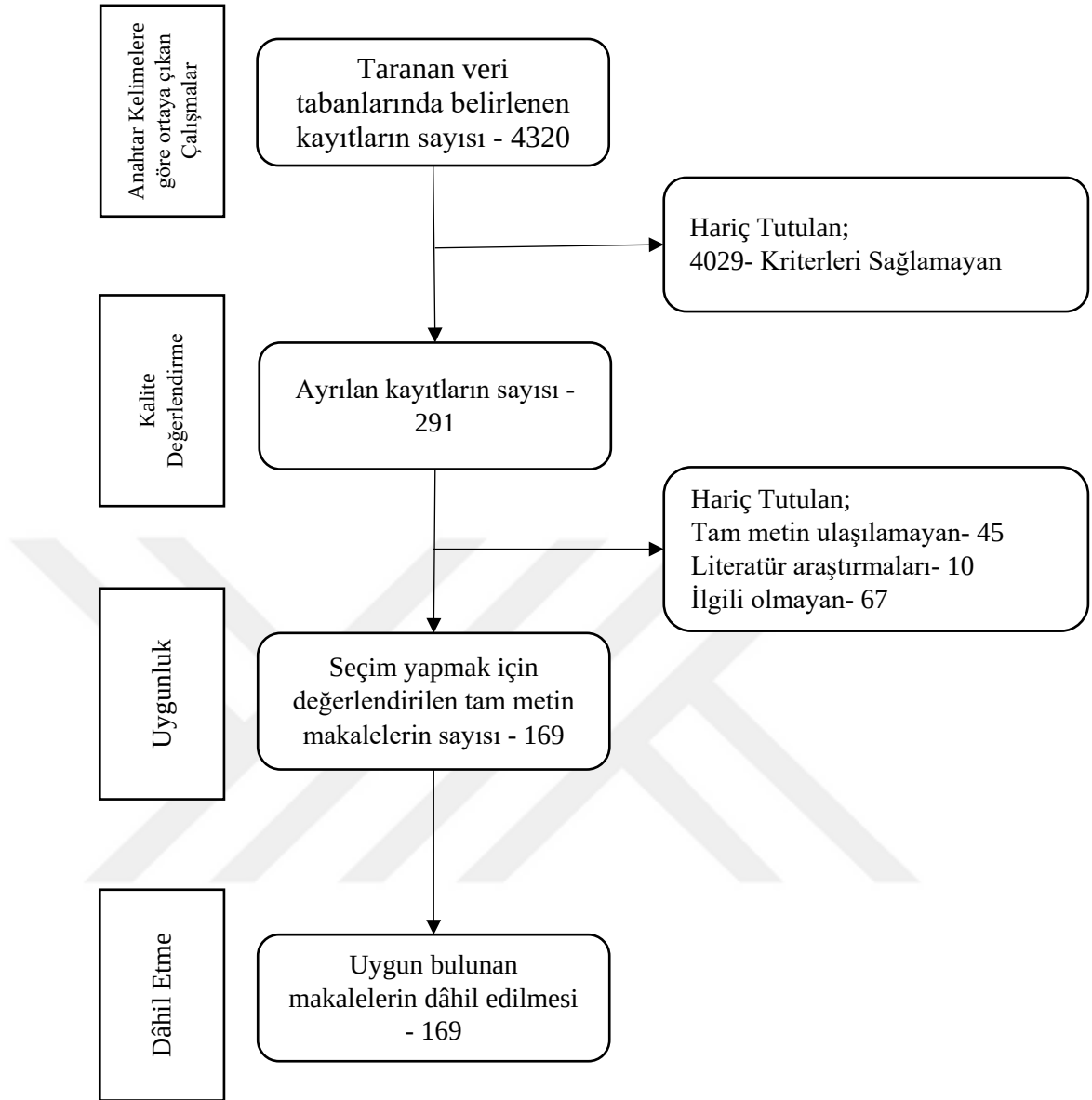
DTSH, literatürde farklı tanımlamaları ve ölçüm yöntemleri olan bir konudur. Birden fazla disiplinde çalışılmış olsa da alan hakkında kalitatif ve kantitatif yöntemleri harmanlayan sistematik analizler oldukça sınırlıdır (Andersson et al., 2015). Bu sebeple çalışmada sistematik analiz yönteminden yararlanılarak mevcut literatür bilgisinin tamamının çalışmaya aktarılması hedeflenmektedir.

Sistematik analiz için kapsamlı bir literatür analizi, geniş ve kapsayıcı bir araştırma olması, çalışmanın kendine özgü açık hedeflerinin olması (Transfield, Denyer, ve Smart, 2003) ve tekrarlanabilir olması (Denyer ve Neely, 2004) gerekmektedir. Ayrıca araştırma sonucunda mevcut literatürün şeffaf bir şekilde organize edilmesi beklenmekte ve bu şekilde yapılan çalışmaların kalitesinin arttığı iddia edilmektedir (Bapuji ve Crossan, 2004).

Bu bilgiler ışığında literatür analizi beş adım çerçevesinde oluşturulmuştur. Bu adımlar; (1) anahtar kelimelerin belirlenmesi, (2) alan araştırmalarının tespiti, (3) kalite değerlendirmesi, (4) verilerin çıkarılması ve (5) çıkan verilerin sentezlenmesidir.

Anahtar Kelimelerin belirlenmesi sürecinde yalnızca “değer temelli sağlık hizmetleri” kavramının kullanılmasıyla yetinilmemiştir. Daha kapsamlı bir arama yapmak amacıyla bu kavrama ilave olarak “değer temelli sağlık sistemleri”, “değer temelli sağlık stratejileri”, “hacimden değere”, “değer temelli sağlık modelleri”, “değer temelli sağlık reformları” kavramları da kullanılmıştır. Bu kelimelerin İngilizce karşılıkları da çalışmaya dahil edilerek arama hem Türkçe hem de İngilizce çalışmalarda gerçekleştirilmiştir. Bunun sebebi çalışılan alanların iç içe olması ve birbirini kavramsal olarak örtüşmesidir. Örneğin değer temelli sağlık reformlarının olması doğrudan değer temelli sağlık stratejilerinin uygulanmasını sağlayabilmektedir. Tüm kelimeleri dahil etmekteki temel amaç, ilgili alanlardaki akademik çalışmaların tamamına ulaşabilmektir.

Sistemik incelemedeki ikinci adımı alan araştırmaları tespit etmektir. Alan araştırmalarını belirlemede çalışan tüm zamanlar yerine son on yıl içerisindeki literatürden yararlanılmıştır. Bu kapsamda öncelikle Web of Science veri tabanı kullanılmıştır. Bunun temel sebebi, hem kaliteli makale, bildiri ve online kitapların yer aldığı bir platform olması hem de çok sayıda disiplinden araştırmaları içeren kapsamlı bir veri tabanı olmasıdır. Daha sonra Google Akademik’ten aynı anahtar kelimeler ile taramalar gerçekleştirilmiştir. Bunun sebebi Web of Science kapsamında yer almayan dergilerin de bu platformda bulunmasıdır. Son olarak Yüksek Öğretim Kurumu Tez Merkezi’nde aramalar gerçekleştirilmiştir. Şekil 1’de konuya ilişkin PRISMA akış diyagramı yer almaktadır. Tüm aramalar ve hariç tutmalar sonucunda 169 çalışmaya kullanılabilir çalışmaya ulaşılmıştır. Ulaşılan tüm çalışmalar herhangi elemeye tabi tutulmamış ve hepsi analize dahil edilmiştir. Böylece bir taraftan gerçekleştirilen alan araştırmaları belirlenirken, diğer yanda da toplanan verilerin kalitesi geliştirilmeye çalışılmıştır.



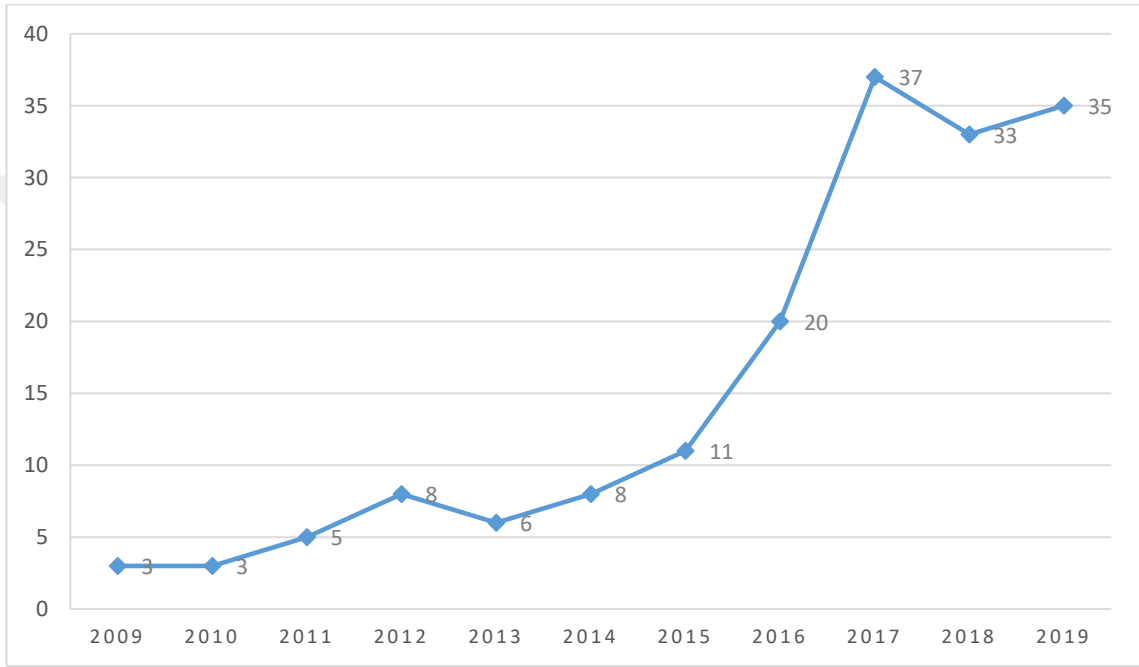
Şekil 1: PRISMA Akış Diyagramı

Gerçekleştirilen PRISMA akış diyagramından sonra elde edilen çalışmalara ilişkin özet bilgiler incelenmiştir. Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya dahil edilen çalışmaların 161’ini (% 95,27) Google akademik ve web of science’den elde edilen makaleler oluşturmaya karşılık geri kalan kısmı konuya ilişkin yayınlanan tez ve kitap/ kitap bölümlerinden (%4,73) oluşmaktadır.

Tablo 1: Elde edilen çalışmaların yayın yerleri

	Makale	Tez	Kitap/Kitap Bölümü
Türkçe	4	2	1
İngilizce	157	2	3
Toplam	161	4	4

Çalışmanın dördüncü adımını veri çıkarma oluşturmaktadır. Elde edilen verilerden yazarın subjektif görüşlerini azaltmak için standartlaşmış bir işleme tabi tutulması gerekmektedir (Transfield, Denyer, ve Smart, 2003). Bu aşamada, veri çıkarma formu kullanılmıştır (Ek-1). Bu form örneklem içerisinde yer alan materyallerin ve yazar(lar)ın adı, yayın tarihi, dergi adı, özeti, konuya ilişkin verdikleri tanımlamalar ve DTSH ölçümlerine ilişkin açıklamaları içermektedir. Şekil 2’de DTSH ilişkin olarak incelenen yayınların yıllara göre yayınlanma sıklıkları paylaşılmaktadır



Şekil 2: Yıllara Göre Yayın Sayıları

Literatür analizinde kullanılacak olan makalelerin hangi dergilerde yer aldığı ise Tablo 2’de görülmektedir. Buna göre en fazla değer temelli sağlık hizmetleri üzerinde yayın yapan dergi Clin Orthop Relat Research olurken; bu dergiyi BMC Health Services Research ve Cureus dergileri takip etmektedir. Yıllara göre yayınlanma sıklığına bakıldığında ise 2007 yılından başlayan yayınların 2017 yılından en yüksek değere ulaştığı anlaşılmaktadır.

Tablo 2: DTSH Konusunda Yayımlanan Makalelerin Dergilere Göre Dağılımı

Dergi Adı	Yayımlanan Makale Sayısı
Clin Orthop Relat Research	15
BMC Health Services Research	10
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen	10
Cureus	9
BMJ OPEN	5
Journal of Healthcare Managament	5
Leadership in Health Services	4
Neurosurg Focus	4
The Journal of Arthroplasty	4
Value in Health	4
Diğer	41

Veri çıkarma işleminden sonra elde edilen bulguların anlaşılması ve çözümlenmesi literatür analizinin gerçekleşmesi için veri sentezi kritik bir aşamayı oluşturmaktadır. Bu bağlamda elde edilen doküman yorumlanarak gerçekleştirilmektedir. Gerçekleştirilen analizi dokümanın objektif olarak analiz edilmesini kapsamaktadır. Burada temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Bu yolla veriler tanımlanmaya ve verilerin içinde saklı olabilecek gerçekler ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Analiz kendi içerisinde niceliksel ve niteliksel olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır (Gökçe, 2006). Niceliksel boyutu frekans analizinden yararlanılmakta; niteliksel boyutta ise bir cümle, paragraf veya metnin tamamı anlamlandırılmaktadır.

Çalışmada literatürde (a) değer temelli sağlık hizmetlerinin tanımlarının nasıl yapıldığı, (b) niçin gerekli olduğu, (c) nasıl gerçekleştiği, (d) paydaşların kimler olduğu ve (e) nasıl ölçüldüğü göz önüne alınarak verilerin sentezleme işlemi yapılmıştır. Bu şekilde tez kapsamında elde edilen akademik çalışmaları kodlamak için tümdengelim yöntemi tercih edilmiştir.

1.2.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nedir?

Değer temelli sağlık hizmetlerinin ne olduğunu tespit etmek için yapılan çalışmalarda kullanılan tanımlar Ek-2’de görülmektedir. Tanımlamalar analiz edilirken ilk olarak en fazla tekrar edilen kelimelerin neler olduğu tespit edilmiştir. Şekil 3’te analiz neticesinde en fazla tekrar eden kelimelerin bakım (29), hasta (20), maliyet (9), kalite (8) ve sonuçlar (7) kelimelerinden oluştuğu görülmektedir.



Şekil 3: Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Kelime Bulutu

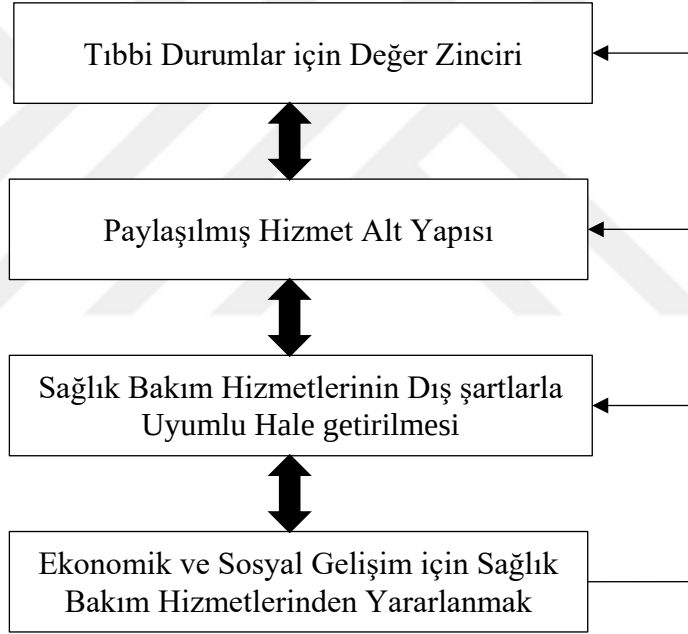
Tanımlamalarda en fazla “bakım” kavramının geçiyor olmasının sebebi, araştırmacıların mevcut sunulan sağlık bakımında bir takım değişimler öngörüyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bu değişimlerin başında bakımın veriye dayanması gerektiği, hasta merkezli bakım hizmetleri, tam bir bakım döngüsünün olması gerekliliği, bakımın kalitesi, bakım etkililiği ve verimliliği ve son olarak bakım sonuçları ile ilişkilendirmeleridir. İkinci olarak en fazla tekrarlanan kelime “hasta” kelimesidir. Bu kelime tanımlamalarda DTSH’nin hasta merkezli olması gerekliliği ve hastaya sunulan hizmetleri içermesi sebebiyle sıklıkla tekrarlanmaktadır. Üçüncü olarak en fazla tekrar eden kelime ise maliyetlerdir. Maliyet kelimesi ilgili tanımlamalarda, maliyetlerin genel artışından değer temelli sağlık hizmetlerine ihtiyaç olduğu, maliyetlerin ölçümü, maliyet verimliliği ve maliyet ile kalite ilişkisi oluşturmaktadır. Dördüncü olarak en sık tekrar eden kelime kalitedir. Kalite tanımlamalarda klinik kalite, daha yüksek kalite ve maliyet kalite ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Son olarak sıklıkla tekrarlanan kelime “sonuçlar” kelimesidir. Sonuçlar kelimesi tanımlamalarda, hasta ve kurum için bakım sonuçları ve bu sonuçları iyileştirmek/yükseltmek için kullanılmıştır.

Tanımlamalara bu genel bakışın ardından tanımlamalar kullanım yoğunluğuna göre sıralanmaktadır. Buna göre yoğun bir şekilde tekrar eden tanım, Porter ve Teisberg (2006)’in “Redefining Healthcare Creating Value-Based Competition on Results” adlı kitabında yer alan tanımdır. Bu kaynakta DTSH, her hasta için sağlık çıktıları ve bununla ilgili maliyetlerin ilişkisi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu ilişki verimlilik, çıktı ölçütleri, performans ölçümü ve hesap verilebilirliği kapsamaktadır. Çalışmalarda DTSH’nin nüfus

artışı ve kaynak yetersizliği gibi problemler ile başa çıkmak için geliştirilmiş bir strateji olduğu vurgulanmaktadır.

Porter ve Teisberg (2006) DTSH'yi rekabet ve iş stratejisine ilişkin daha önceki yönetim teorileri çerçevesi, kavramları ve uygulamaları doğrultusunda geliştirmiştir. Buna göre DTSH üç prensibe dayandırmaktadır: (1) hastalar için değer yaratmak; (2) tıbbi uygulamaların organizasyonunun tıbbi koşullar ve bakım döngüleri ve (3) tıbbi sonuçların ve maliyetlerin ölçülmesi. Bu manada sağlık sisteminin odağının değişmesi gerektiği, yani süreçlerden daha çok hastaya sunulan değere yönelik çabaların maliyetlerle ilişkilendirilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Bu düşüncenin temel amacını yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması, hastaların tedavi süreci ve sonrasında yaşadıklarını ağrı ve acıların azaltılması, hasta güvenliğinin ve daha iyi maliyet etkinliğinin sağlanması oluşturmaktadır (Kaplan ve Porter, 2011). Bu kapsamda önerilen ilk prensip, hastalar için değer yaratmaktır ve değer kavramını, hastalar için harcanan "birim maliyet" başına elde edilen sağlık sonuçları olarak tanımlamaktadır (Porter ve Lee, 2013). Buna göre değer temelli sağlık sistemi, hasta için harcanan birim maliyet başına elde edilen faydaları net oranını attırmak amacıyla, sağlık sisteminin tamamında çeşitli stratejiler geliştirmek ve kullanmaya başlamak olarak tanımlanabilir. Bu stratejilerin geliştirmenin esasında sağlık hizmetinin tüm alanlarını bütünleştirmek (entegrasyon), geliştirmek ve anlamak için altyapı oluşturulması yer almaktadır (Kim, Farmer ve Porter, 2013). Bu anlayış, sağlık sistemlerini yönetmekten sorumlu olanların yanı sıra, yeni ve mevcut programları değerlendiren fon sağlayıcıları ve düzenleyici kurumları sunulacak DTSH'nin tasarımı, yönetim yapısı ve en iyi operasyonel uygulamalar konusunda bilgilendirmektedir. Bu çerçeve aynı zamanda finansman mekanizmaları, tedarik politikaları, insan kaynakları geliştirme uygulamaları ve yönetişimini de içeren uygun kamu politikaları hakkındaki seçimlere de rehberlik etmektedir. Porter ve Teisberg (2006) göre, genel kabul gören geleneksel küresel sağlık sunum temel analiz birimi, belirli bir hastalık durumuna veya bir dizi belirtiyeye karşı müdahale etmek üzere kurulmuştur. Bu düzen içerisinde hekimlerin eğitim şekli ve klinik araştırmalar bir uyum içerisinde. Doğru seçilmiş ve dikkatle değerlendirilmiş müdahaleler değere açıkça katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte bu kapsamda değer, daha geniş olarak dört aşamada yaratılmaktadır. Bu aşamalar Şekil 4'te görülmektedir. Şekilde görüldüğü gibi, ilk aşamayı tıbbi durumlar için değer zinciri oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla paylaşılmış hizmet alt yapısı, sağlık bakım hizmetlerinin dış şartlarla uyumlu hale getirilmesi ve

ekonomik ve sosyal gelişim için sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmak aşamalarını takip etmektedir. Tıbbi durumlar için değer zinciri kavramı, her bir tıbbi durum için sağlık bakımını tüm bakım döngüsü boyunca bütünleştirerek elde etmeyi kapsamaktadır. Paylaşılmış hizmet alt yapısı, ilgili ve eşzamanlı olabilecek tıbbi durumların önlenmesinde ve tedavisinde personel ve tesislerin daha iyi kullanılmasını ifade etmektedir. Üçüncü aşama, tıbbi durumlar için değer zincirlerinin ve ortak dağıtım altyapısının tasarımında değer yaratmak için hasta ve çevrenin sürece dâhil edilmesidir. Son olarak ekonomik ve sosyal gelişim için sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmak kavramı, eşitlikçi ekonomik ve toplumsal kalkınmayı üst düzeye çıkarmak için sağlık sisteminin yeniden tasarlanması ve yüksek değerli bakımın verilmesine ilişkin temel kısıtlamaların ortadan kaldırılmasını ihtiva etmektedir.



Şekil 4: Küresel Sağlık Bakım Hizmeti İçin Çerçeve

Kaynak: Kim, Farmer, ve Porter, 2013

Porter ve Teisberg (2006) kitabının yayınlanmasından sonra literatürde değer temelli sağlık hizmetleri üzerine araştırmaların sayısının artış gösterdiği görülmektedir (Şekil 2). Bu araştırmalarda, değer ve değer temelli bakım ve değer temelli sağlık sistemi kavramlarının farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Farklı şekilde tanımlamalar bir taraftan literatürde alanın genişlemesine katkıda bulunurken, diğer taraftan tam bir uzlaşının oluşmasına engel olmaktadır. Ek 2’de yer alan tüm tanımlamalar incelediğinde görüleceği gibi, tanımlarda öncelikle hasta merkezli sağlık bakımının kalitesi ve sonuçlarının

iyileştirici/ geliştirici etkilerinin olması gerektiğini vurgulanmakta; daha sonra sunulan hizmetlerin maliyetlerle ilişkilendirmesi üzerinde durulmaktadır. Bu şekilde gerçekleştirilen tanımlamalar bir sistemi/ modeli tanımlamak için yeterli görülmemektedir. Bu sebeple kavramı en kısa biçimde hastalar için değer yaratan bakım döngüsü ve bu döngünün maliyetlerinin sürekli olarak ölçülmesi ve sistem paydaşları tarafından uygulanması olarak tanımlamak mümkündür. Bu tanımlama neticesinde değer temelli sistem tasarımı, sistem paydaşları tarafından mevcut hazır programlar incelenerek düzenleyici yapılar için yönetim yapıları ve en uygun operasyonel uygulamaların yapılması olarak değerlendirilebilir (Jones, 2014). Özellikle sağlık hizmet sunumu üzerinde yoğunlaşarak daha büyük ölçekte sağlık sistemlerinin geliştirilmesi sağlanabilir. Gerçekleştirilen sistematik analizde bu şekilde bir yoğunluğun olduğu görülmektedir.

2007 yılından günümüze kadar yapılan çalışmalarda DTSH farklı sağlık birimlerinin ve hizmet sunumlarının değişimine ve yeni uygulamaların geliştirilmesine yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Bu durumun gelişmesinde sağlık hizmetlerinde değer yaratmanın özünde belirli bir hastalığı ya da birbirine bağlı bir grup hastalığı (tüberküloz, meme kanseri, diyabet, ciddi zihinsel hastalık) önlemek, teşhis etmek ve bunlar için bakım sağlamak yer almaktadır. Bunun dışında kalan tanımlarda ise iktisat bilim dalından yararlanıldığı anlaşılmaktadır. Bu tanımlarda sınırlı kaynakların ne şekilde kullanılması gerektiği (Gentry ve Badrinath, 2017) ve hastaya sunulan sağlık hizmetinin karşılığını doktor ve hastanelere ödeyen ÜTÖ'lere olan etkisi (Patti et al. (2017) üzerinde durulmakta ve maliyet unsurunun yaratılan değerden daha fazla dikkate alındığı; başka bir ifade ile araştırmacıların özellikle maliyete odaklandığı tanımlar görülmektedir (Mkanta et al., 2016). En az kullanılan tanımlarda ise DTSH ile yalın yönetim ve hasta merkezli sağlık hizmetlerinin iç içe geçtiği tanımlamalara rastlanmaktadır. Fakat bu kavramlar kısmen DTSH'ni açıklayabilse de tam olarak kavramı açıklayamadıkları vurgulanmaktadır (Colldén et al., 2017).

1.2.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Niçin Gereklidir?

Çalışmada cevabı aranan ikinci soru, “DTSH niçin gereklidir?” sorusudur. Bu soruya literatürde farklı şekillerde cevap verildiği görülmektedir. Kimi araştırmacılar bu soruya değer temelli sağlık hizmetlerini dünyanın genelinde artan sağlık harcamalarını durdurulması olarak cevap verirken (Busink et al., 2019; Andersson et al., 2015), kimi araştırmacılar DTSH'yi kronik hastalıklar, artan yaşlı nüfus ve sağlık eşitsizliklerinin

sebepe olduğu sorunları ortadan kaldıran bir sağlık hizmet sunum modeli olarak görmektedir (Wodchis ve Reid, 2020; Fantini ve Vaccaro, 2019; Timpka, Nyce ve Amer-Wählin, 2018; Putera, 2017; Gray, 2017; Alberti, Bonham ve Kirch, 2013).

Akhmetov ve Bubnov (2015) sağlık hizmetlerinin “hasta merkezli” olacak şekilde dönüşümü ve bu dönüşüm paradigmasında temel kaymalar, kişiselleştirilmiş tıp ve bireylerin zamanında ve uygun maliyetli sağlık hizmetleri için potansiyel yaratması için değer temelli sağlık hizmetlerinin gerekli olduğunu iddia etmektedirler. Bu görüşe literatürde birçok yazar katkıda bulunmuş ve hasta merkezliliği çalışmalarının odak noktası haline getirmişlerdir (Kampstra et al., 2019; Bastemeijer et al., 2019).

Trautman (2011) ise DTSH’nin Amerika Birleşik devletlerinde olması gereken sağlık bakımından fazlasının verilmesi, daha azının verilmesi ya da kötüye kullanımının önlemesi ve en iyi performansın yaratılması için gerekli olduğunu ileri sürmektedir. Bu durumda sağlık sunucularına sunulan performans gösterge seçimleri oldukça önemli hale gelmektedir. Mevcut sistem içerisinde yanlış tasarlanan bir gösterge sağlık sunucularının yanlış, fazla ya da eksik sağlık hizmeti sunumuna yol açabilmektedir.

Zywiell, Liu ve Bozic (2017), sağlık sistemleri üzerinde yüksek idari yük, sağlık personeli için yanlış tasarlanan finansal teşvikler ve defansif tıbbın gün geçtikçe artış göstermesinin hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde önemli sorunlar yarattığını ve bunlara bağlı olarak verilen sağlık bakımının koordinasyonunun zayıflığının sağlık hizmetlerinin DTSH’ye dönüştürülmesini gerekli kıldığına vurgu yapmaktadır. Ayrıca özellikle gelişmiş ülkelerde hızla artan yaşlı nüfus yoğunluğunun yanı sıra tıbbi teknolojilerin ve farmasötik ürünlerin maliyetlerinin artması, sağlık sisteminin finansal krizler yaşanmasını tetiklemektedir. Sağlık hizmetlerinin değer yaratan temel unsurlarından birisi olan hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarının gerçek maliyetlerini ve yarattıkları değeri doğru şekilde ölçemedikleri ve bu sebeple de yönetemedikleri için değer temelli sağlık hizmetleri modeline geçiş kaçınılmaz görülmektedir (Fantini ve Vaccaro, 2019). Bu genellemelerin ardından neden DTSH’nin gerekli olduğu sorusu, çalışmada kullanılan kaynaklar kapsamında üç başlık altında incelenebilir. Bu başlıklar; (1) yükselen ve artan maliyetler ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği, (2) sağlık hizmetlerinin fazla, eksik veya yanlış kullanımı ve düşük geri ödeme sistemleri ve (3) sağlık hizmetlerinde kalitedir.

1.2.2.1. Yükselen Maliyetler ve Sağlık Sisteminin Sürdürülebilirliği

Sistematik analiz kapsamında incelenen çalışmalarda birçok ülke (Almanya, İngiltere, vs.) sağlık sistemi için en acil sorunun halkın maruz kaldığı katastrofik sağlık harcamalarının olduğunu ifade edilmektedir (Jones, 2014; Porter ve Guth, 2012). Bu durumun sebebi olarak yaşlanan nüfus, artan talep ve defansif tıbbiye yönelik eğilim gösterilmektedir (Rothgang, 2007). Ülkelerin nüfusun yaşlanması ve çok sayıda kronik rahatsızlığı olan hastaların bakımında karşılaşılan örgütsel sorunlar, mevcut sistemin hem maliyetlerini arttırmakta hem de yönetilmesini zorlaştırmaktadır (European Commission, 2019). Ayrıca, gelişen teknolojilerin uzun süreli sağlık bakım maliyetleri üzerindeki etkisinin belirsiz olması da önemli bir sorun olarak görülmektedir. European Commission (2019) raporunda OECD tahminlerine göre sağlık hizmetlerine yatırılan tüm kaynakların en az % 10'unun iyi bir yatırım getirisi sağlamadığı ileri sürülmektedir. Bu durumun sebebi olarak yüksek düzeylerde seçmeli cerrahi işlemler, robotik destekli cerrahi, görüntüleme ve laboratuvar testlerinin hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde ilave yararlar sağlamasına karşılık sistem için yarattığı ek maliyetler gösterilmektedir.

Ülkeler artan maliyet üzerine bir takım reform hareketleri yapsa da ülkelerin sağlık harcamalarında artışlar devam etmektedir ve bu durum sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Moro Visconti et al., 2019; Comoretto et al., 2019; Porter ve Guth, 2012). Benzer durum Türkiye için de söz konusudur. Seyfioğlu (2019) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye’de gerçekleştirilen birçok gelişme ve yeniliğe rağmen TürkSağlık Sistemi de diğer ülkeler gibi büyük oranda geçmiş uygulamaları aynı şekilde devam ettirmekte ve yeni tıbbi gelişmelerin artan masraflarını dengelemeyi sağlayacak tatmin edici bir yaklaşım geliştirilememektedir. Nihai olarak, ülkelerin gerçekleştirdikleri yüksek maliyetler, yüksek kalite anlamına gelmemekte ve aynı zamanda bakıma geniş erişim sağlanması veya büyük miktarda bakım daha iyi sonuçlar doğurmamaktadır. Bu sebeplerle yeni bir sağlık sistemi modeline ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Fazla, Eksik veya Yanlış Kullanımı ve Düşük Geri Ödeme Sistemleri

Sistematik analiz neticesinde birçok araştırmada sağlık hizmetlerinin fazla, eksik veya yanlış kullanımının olduğu tespit edilmiştir (Busink et al., 2019; Farley et al., 2017; Trautman, 2011). Avrupa Komisyonu 2019 raporuna göre klinik uygulamaların

hacminde ve yoğunluğunda sürekli bir artış olduğu tespit edilmiştir. Örneğin İngiltere’de laboratuvar testlerinin kullanımı 2000 ile 2015 yılları arasında üç kat artış göstermiştir (European Commission, 2019). Ayrıca, aynı raporda etkili müdahalelerin yapılamadığı (sağlık sistemlerinin algılayabileceği, ele alabileceği, tedavi edebileceği), ağırlaştırabilecek hastalık ve sakatlıkların tespit edilemediği veya engellenemediği, aynı işleve sahip, ancak farklı tanısı olan hastalarda, özellikle tanı ve müdahalelerin geri ödemesinin farklı olduğu (hastalığa göre eşitsizlik), gereksiz sağlık hizmeti kullanımının olduğu (hastalar için sonuca değer katmayan veya başka bir hasta grubu için kullanıldığında daha fazla değer katabilecek kaynakların kullanımı ile gereksiz tedavi) ve bakımın yan etkilerinin (bakım kalitesi yüksek olsa bile hastanın zarar gördüğü durumlar) bulunduğu tespit edilmiştir.

En yoğun karşılaşılan fazla, eksik veya yanlış kullanım geleneksel olarak kabul edilen sağlık sistemlerinde (hacim temelli) hizmet sunucularının hacim (hasta sayısı) artışından ve hizmet başına ödeme sisteminde kalitenin artırılması için bir teşvikin bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Burada üzerinde durulması gereken asıl problem sağlık sistemi içerisinde yer alan tüm paydaş gruplarının kendi çıkarları için savaşıırken hastanın çıkarlarını göz ardı etmesidir. ÜTÖ’lerin hedefleri doğrultusunda oluşturdukları davranışsal eylemleri, prosedürlerin ve hizmetlerin nasıl geri ödendiğine bağlı olarak çok fazla, çok az veya verimsiz bakım sağlanmasına neden olabilmektedir (Khullar et al., 2015). Bu durum yeni bir hizmet modeline ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

1.2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Gerçekleştirilen çalışmalarda ülkelerin sağlık sistemine ayırdıkları kaynakların artış göstermesine rağmen sağlık bakım kalitesi için arzulanan seviyelere gelmedikleri görülmektedir (Porter ve Guth, 2012). Mevcut sağlık sistemleri içerisinde arzulanan sağlık bakım kalitesine ulaşmamasının sebebi olarak kaçırılmış tanı, başarısız tedaviler ve önlenabilir hatalar ön plana çıkmaktadır (Porter ve Guth, 2012). Ayrıca literatürde önceki performansa yönelik ödeme girişimlerinin kalite veya sağlık kuruluşlarında sağlanan bakım üzerinde önemli bir etkisi olmadığını gösteren ampirik kanıtlar mevcuttur (Vavken, 2011; Channing ve DeVore, 2009). Geleneksel sistemeler, hizmet sunucunun gelirini hacim artışına bağlı olarak belirlemesine karşılık; hizmet başına ödeme sistemi verilen hizmetin kalitesini artırıcı herhangi bir teşviki barındırmamaktadır (Seyfioğlu, 2019). Teşvikin olmaması sağlık sunucularını daha fazla hasta muayene etmeye itmekte

ve bu durum sunulan sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Porter (2014) herhangi bir alanda performansın ve güvenilirliğin arttırılması için tüm paydaşların çıkarlarını birleştiren ortak bir amacın olması gerektiğini savunmaktadır. Mevcut sağlık sistemlerinde menfaat sahipleri çoğu zaman birbiri ile çelişen hedeflere sahip olmaktadır. Çelişen hedefler hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

1.2.3. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nasıl Gerçekleştirilebilir?

Literatür analizi kapsamında cevap aranan bir diğer soru “DTSH nasıl gerçekleştirilebilir?” sorusudur. Her ülkenin sağlık sisteminin birbirinden farklı güçlü, zayıf yönleri ve kendine özgü bir geçmişi bulunmaktadır (Kırılmaz, Amarat ve nal, 2017). Fakat birçok ulusal sağlık sistemi tıp biliminin ortak gelişiminden ve geleneksel tıp uygulamalarının organizasyonundan kaynaklanan bir dizi ortak sorunu paylaşmaktadır (Porter, 2008). Bu ortak sorunları “Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Niçin Gereklidir?” bölümünde tartişılmıştır. Ortak sorunlar kabul edilse dahi literatürde sorunlara ilişkin çözümleri ve DTSH nasıl gerçekleştireceğine dair bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bu yüzden konunun daha iyi anlaşılması için değer yaratma ile ilgili literatürde bulunan görüşler ayrı ayrı tartişılmaktadır. Kim, Farmer ve Porter (2013) değer yaratmanın özünü bir hastalığı ya da birbirine bağlı bir grup hastalığı önlemek, teşhis ve tedavi etmek olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlama çerçevesinde bakım hizmet değer zinciri oluşturulmuştur (şekil 5). Değer zinciri herhangi bir hastalık için bütünleşik bakım döngüsü boyunca gerçekleştirilen tüm işlemlerin anlayış, gelişim ve uyum üzerine bir çalışma düzeni oluşturmaktadır. Zincir içerisinde yer alan bir faaliyetin diğer faaliyetleri nasıl etkilediği hangi birimlerin tek bir merkezde toplanması gerektiği, hastaya erişimin en iyi ne şekilde olacağı ve hastaların kendi durumları hakkında ne şekilde bilgilendirme yapılacağına ilişkin problemlerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu durum aynı zamanda hastaya yapılan bir müdahalenin değer yaratması için zincir içerisindeki tüm faaliyetlerin doğru bir şekilde gerçekleştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Hatalı bir müdahale sebebi ile gerçekleştirilecek olan değer azalabilmekte ya da yok olabilmektedir.

Lustig ve arkadaşları (2016) SHS için yeni bir ortam dizayn edilmesi ve sağlık sisteminin dönüşümünde özellikle doktorların liderliğinin ve politik desteğin alınması gerektiğine işaret etmektedir. Bu değer işim sırasında üretkenliği azaltmamak adına yüksek hacimli hizmet sunan hekimlerin önemli bir kısmına asgari maaş garantisi verilmesi dönüşüm

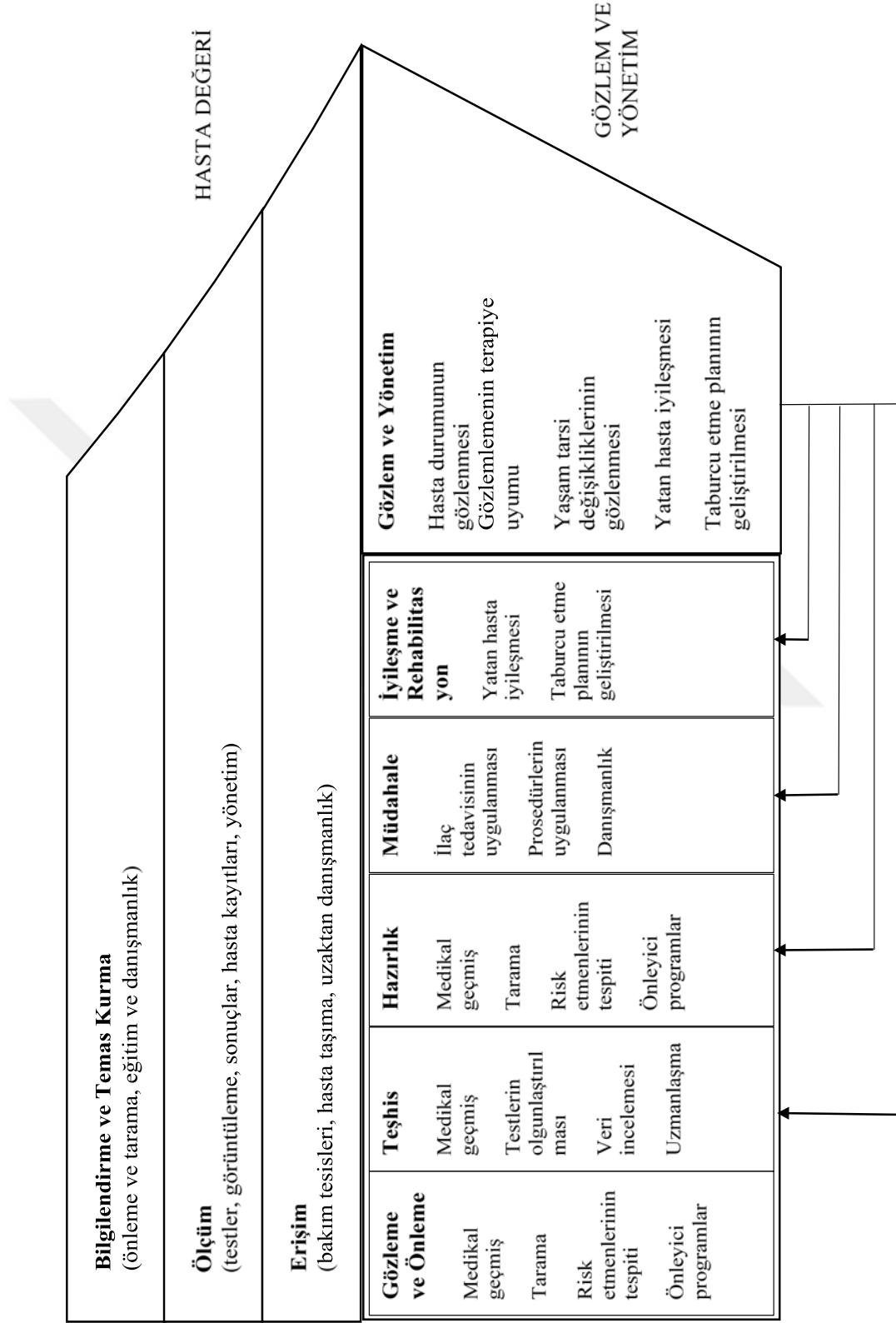
sırasında uygulanabilecek önemli bir strateji olarak görülmektedir. Ayrıca, sağlık kurumunun bakımı iyileştirme ve tüm uygulamaların maliyetini düşürme teşviklerinin yanı sıra, sağlık çalışanlarının ücretlerinin performansa dayalı olarak değere dayalı ödemelere dahil edilmesi, hizmete örgütsel katılımı sağlamak bakımından etkili bir mekanizma olacaktır (Lustig et al., 2016).

Vetter, Uhler ve Bozic (2017) sağlık sistemlerinin olası yeniden tasarımı entegre sağlık bakımınının olması gerektiğini savunmaktadır. Entegre bakımın parçalara ayrılmış olan sağlık sisteminin koordinasyonunu arttırarak hastanın sağlık sonuçlarını iyileştirebilmesine ve maliyetlerin azaltılmasına katkı sağlayacağına vurgu yapmaktadırlar. Entegre bakım üç amaç modeli çerçevesinde gerçekleştirilebilir. Bunlardan ilki, hasta bakım deneyimini iyileştirme, ikincisi toplum ya da bir popülasyonun sağlık durumunu iyileştirme ve üçüncüsü toplam maliyetleri azaltmaktır. Vetter, Uhler ve Bozic (2017) yüksek değerli sağlık hizmetlerine ulaşmada belirledikleri diğer kilit stratejileri ise şu şekilde açıklamaktadır. Öncelikle sağlık bakımında çeşitliliği ve genel verimsizliği azaltmak için kanıta dayalı tıp protokollerinin ve ödeme sistemlerinin oluşturulması, ikinci olarak entegre bakımın sağlanması (doğru ortamda doğru bakımı sağlayacak doğru ekibi bulmak), daha sonra hasta ve hekimin ortak karar vermesi ve son olarak kalite, maliyet ve performans ölçümlerinde şeffaflığın sağlanmasıdır.

Terrell (2018) ise değer temelli sağlık hizmetleri için beş adımın olması gerektiğini ifade etmektedir. İlk adımı mevcut hasta popülasyonun belirlenmesi oluşturmaktadır. Bu adımda yapılacak faaliyetleri, hangi hastaların en yüksek bakım maliyetine yol açtığı ve hangi hastaların acil servisten sıkça yararlandığını anlamak ve hasta popülasyonuna ilişkin bilgilerin toplanması oluşturmaktadır. Bu bilgilere sahip olunduğu takdirde ikinci adıma yani hizmet bakım modelinin tasarlanması aşamasına geçilmektedir. Bu aşamada verilmesi planlanan sağlık hizmetlerinin türü ve hacmi belirlenmeli, finansmana hangi ödeyicilerin dahil olacağı ortaya konulmalı, hasta ve ÜTÖ için beklenen faydalar belirlenmeli, gerekli iş akış süreçleri ortaya konulmalı ve son olarak başarı ölçütleri belirlenmelidir. Üçüncü adımı uygun sağlık kullanımı için doğru yönlendirmeler oluşturmaktadır. Hastalar, bakım almak için başka bir yere gitmek zorunda kalmadan ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Bu sebeple sağlık çalışanları kronik ve eş zamanlı hastalık durumlarını yönetmede ilgili kurumlar tarafından yetkilendirilmelidirler. Dördüncü adımı ise sağlık kurumlarının sürekli olarak hasta popülasyon üzerinde yarattığı etkinin

ölçülmesi oluşturmaktadır. Bunun için Terrel (2018) aylık veya üç aylık olacak şekilde düzenli ölçümlerin yapılması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Son adımı ise sağlık kurumlarının büyüklüğüne bağlı olarak ek kaynaklara ihtiyaç duyabilmesi oluşturmaktadır. Bu adımda kısaca acil bakım merkezleri, evde bakım hizmetleri veya diğer kuruluşlarla ortaklıklar oluşturulmalı ve entegre biçimde ve düzenli iletişim halinde çalışılacak bir ortam oluşturulmalıdır. Jensen ve Ward (2016) ise değer temelli sağlık hizmetlerinin başarılı olarak uygulanması için teknolojilerin ve sağlık süreçlerini bir araya getirebilen çok disiplinli bir ekibin varlığına dikkat çekmektedir.





Şekil 5: Değer Zinciri

Kaynak: Porter ve Teisberg, 2006

Değer zincirinden sonra değerın yaratılması aşamasında literatürde değer ilişkin stratejik bir planlamaya rastlanmaktadır (Porter, 2014). Bu planlama altı adımdan oluşmaktadır. Bu adımlardan ilki her hasta için sonuç ve maliyetlerin ölçülmesidir. Bu şekilde hizmet sunumunda atlanan ya da yüksek maliyete sebep olan faktörler fark edilecek ve gerçek değere ulaşılabilir. İkinci olarak “sağlık bakım paketleri” şeklinde ödemelerin gerçekleştirilmesidir. Sağlık bakım paketlerine akut bir tıbbi durum için tam bakım döngüsünü kapsayan tek bir fiyatın belirlenmesi örnek olarak gösterilebilir (Schutzer, 2015). Üçüncü adım Vetter, Uhler ve Bozic (2016)’in de ifade ettiğı gibi bütünleşmiş uygulama birimlerini sistem içerisine yerleştirilmesidir. Dördüncü adım sağlık hizmetlerinin fiziksel erişimi ile alakalı olarak coğrafi erişimin genişletilmesine vurgu yapmaktadır (Porter, 2014). Beşinci adım, zaten kullanılan bilgi teknolojilerinin oluşturulmasını ve değer yaratmada kullanılmasını içermektedir. Tek başına bilgi teknolojilerini kullanmak kısmi bir değer yaratırken bunu modelin bir parçası olarak dizayn etmek oldukça fark yaratacaktır (Ibanez-Sanchez et al.,2019; Gopal et al.,2019; Carter, Bababekov ve Majmudar, 2018). Son adım ise hastaların tıbbi koşulları çerçevesinde bütünleşmiş uygulama birimlerinin oluşturulmasından meydana gelmektedir. Stratejik planlama ile ilgili sayılan bu adımlar aşağıda detaylı olarak tartışılacaktır.

1.2.3.1. Her Hasta İçin Sonuçları ve Maliyetleri Ölçümü

Her hasta için sağlık sonuçlarının ve buna ilişkin olarak maliyetlerin ölçümü araştırmanın ilk kısmında da yer alan değer tanımlamalarını da göze önünde bulundurulduğunda anlaşılacağı gibi son derece önemli bir hale gelmektedir. Değer yaratma sürecinin en önemli aşamalarından birisi her hasta için sonuç ve maliyetlerin doğru bir şekilde ölçümünün sağlanmasıdır. Değer temelli yaklaşımda, sağlık hizmet maliyetleri bölüm odaklı değil hasta odaklı hesaplanmaktadır (ISC, 2021). Bunun sebebi yaratılan ya da yaratılmak istenen değerin ne derecede gerçekleştiğinin veya değer yaratmak için hangi unsurların geliştirilmesinin gerektiğinin tespitini kolaylaştırmasıdır. Şeffaf bir şekilde rapor edilen ölçüm sonuçlarının hem bakımın iyileştirilmesinde kullanılması hem de ödeme yapan kuruluşlar tarafından bilinmesi önemlidir. Ayrıca, sağlık kuruluşlarının bölgesel ve ulusal coğrafi genişlemesinin doğru yerde, doğru hizmetin, nasıl

sağlanacağını belirlenmesinde de kullanılmaktadır. Araştırmanın bu kısmında ilk olarak sonuç ölçümleri daha sonra maliyet ölçümlerine yer verilecektir. ¹

Sağlık hizmet sunum sonuçları, hastalar için sağlık hizmetlerini nerede alacakları ve kimin sağlaması gerektiği konusunda bilinçli kararlar alabilmeleri için önemli bilgileri içermektedir. Günümüz sağlık hizmeti sunum sistemlerinde birçok şey ölçülmekte ve rapor edilmektedir (Demirci, Konca ve İlgün, 2020; Zheng, Ratwani ve Adler-Milstein, 2020). Fakat çoğu rapor hasta merkezli sonuçları içermemektedir. Bunun yerine süreç ölçümleri kullanıldığı görülmektedir. Süreç ölçümleri de genellikle sağlık hizmetleri kalite değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Bu ölçümler son derece değerli olsa dahi her zaman klinik sonuçlar ile ilişkili değildir (Porter, 2014). Benzer şekilde, yapısal önlemler hasta deneyimini ve diğer göstergeler de genellikle sonuçların yerini almaktadır. Sonuç ölçümleri duruma yönelik tüm bakım döngüsünü kapsamaktadır. Hastalığın ciddiyeti ve hastalığın altında yatan durumun tespiti için risk ayarlamalarını içermektedir.

Bir diğer ölçüm ise her hasta için maliyetlerin ölçümüdür. Bir sağlık sistemine değeri optimize etmede doğru maliyetlerin ölçümü gerekmektedir. Kaplan ve Porter (2011), sağlık hizmetlerinde maliyet muhasebesinin çoğunlukla ücretlere dayandırıldığını ve yöntemin sakıncalarının olduğunu ifade etmektedir. Bu sebeple maliyet ölçümünün bir hastanın sağlık hizmeti sunumu sırasında yaşadığı tüm süreçlerin gerçek maliyetlerini doğru değerlendirmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde bu şekilde ölçüm araçları oluşturulduğu ve pilot uygulamaların yapıldığı görülse de bu konuda her sağlık sisteminin izlemesi ve geliştirmesi gereken maliyet takip sistemi kurması gerekmektedir (Tsevat ve Moriates, 2018; Porter et al., 2017; Keel et al., 2017). Ancak bu şekilde her hasta için değer maliyet ve sonuçlar ile ilişkilendirebilir ve geliştirilebilir.

1.2.3.2.Sağlık Bakım Paket Ödeme Sistemi

Sağlık bakım paketleri, sağlık hizmetleri ödeme planını hastalar için yaratılan değeri göz önünde bulunduran bir ödeme planıdır. Paket ödemeler, tanıdan rehabilitasyona kadar bir durumun tüm bakım döngüsünü kapsayan riske göre ayarlanmış ödemelerdir. Ödeme planı bir önceki başlıkta üzerinde durulan bütünsel uygulama birimlerini karşılayacak şekilde oluşturulan bir paket halinde olmalıdır (Egdom et al. 2019). Bu şekilde paket

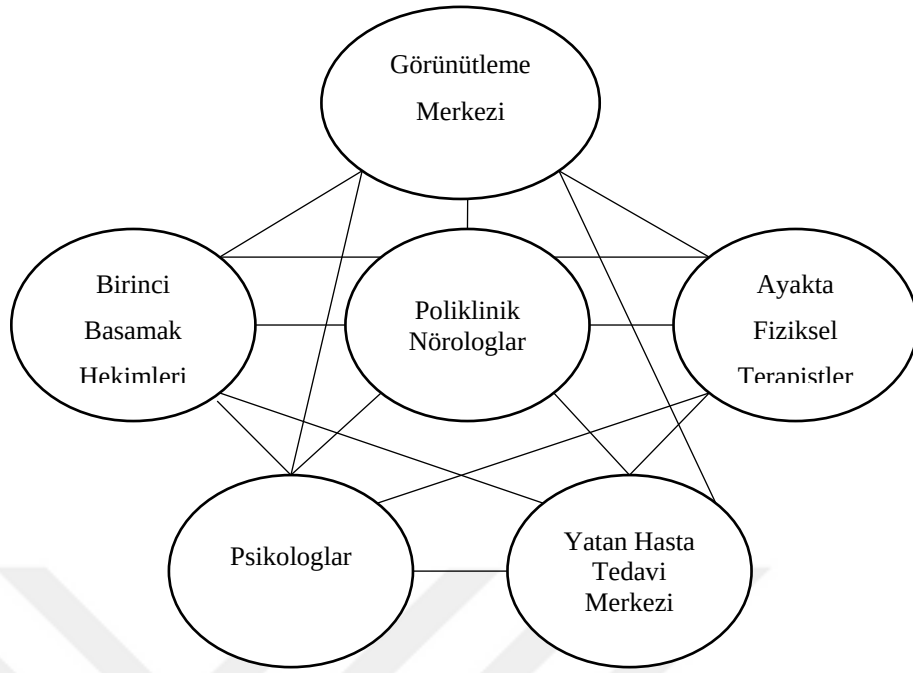
¹ Her hasta için sonuç ve maliyetlerin ne şekilde ölçüleceği “Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Ölçülmesi Ne Şekilde Gerçekleşir?” başlığı altında detaylı olarak incelendiğinden bu bölüm daha kısa tutulmuştur.

ödemeler, iyi sonuçların elde edilmesine ve hizmet sağlayıcıların verimliliğinin artmasına imkan sağlamaktadır.

Literatürde konu ile ilişkili kısıtlı amprik bulgulara rastlanmaktadır. Araştırmaların sayısı ve bulguları her ne kadar kısıtlı olsa da paket ödeme sisteminin hizmet başına ödemeye göre bir takım avantajlarının olduğu tespit edilmektedir. Wang ve arkadaşları (2017) meme kanseri hastaları üzerinde 5 yıllık takip sürecini içeren çalışmalarında paket ödeme sistemi ile hizmet başına ödeme sistemini karşılaştırarak sonuçlar ve tıbbi harcamalar arasındaki korelasyonu incelemiştir. Araştırmaya göre hizmet başına ödemeler hızla artarken paket ödeme grubundaki ödemelerin aynı kaldığı tespit edilmiştir. Egdom ve arkadaşları (2019) benzer şekilde meme kanseri hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında paket ödeme sistemi ile hastalardan daha olumlu geri dönüşler aldıklarını ve etkin maliyet kontrolü sağladıklarını ifade etmektedir.

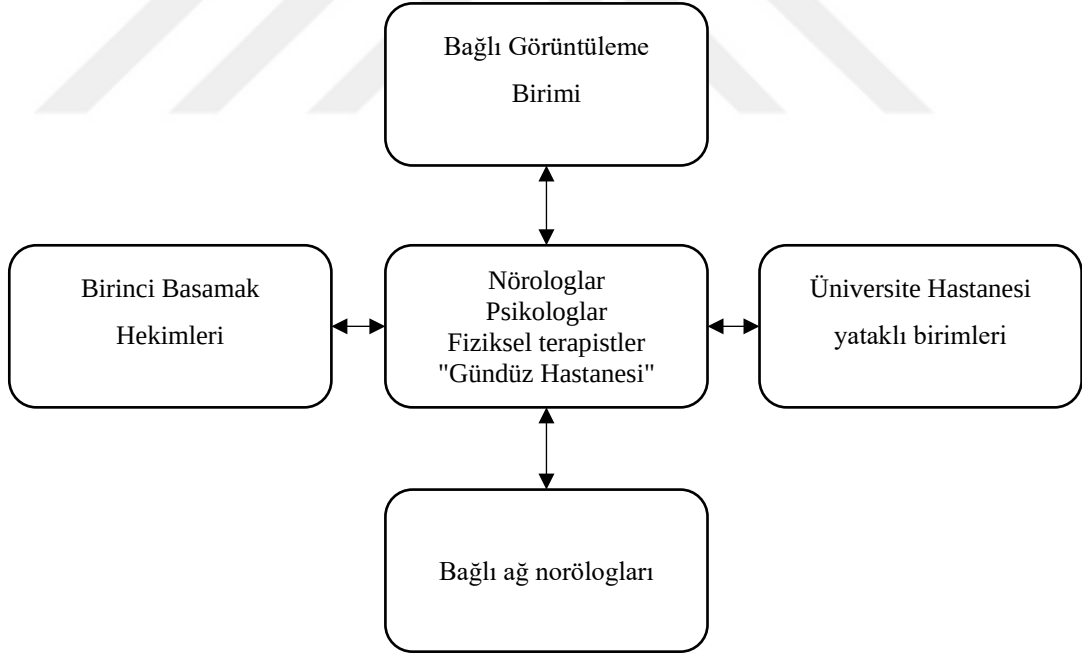
1.2.3.3. Bütünleşik Uygulama Birimleri

Uzmanlığa göre düzenlenmiş sistemlerde birçok hizmet, hekim, bölüm veya uzmanlık alanına düzensiz oluşturulmakta ve bu durum değer yaratılmasının önüne geçmektedir. Porter (2014) bu sistem yerine sıklıkla birlikte görülen sağlık ihtiyaçları ve komplikasyonların tüm tedavi döngüsünde ihtiyaç duyulan hizmetleri kapsayacak şekilde bütünleşik uygulama birimlerinin olması gerektiğini savunmaktadır. Bütünleşmiş uygulamaların nihai amacı hastaların sağlık durumu ve yaşam kalitesini iyileştirmek için değer yaratmaktır. Değer yaratma süreci, hastanın tıbbi durumunu tüm koşulları ile birlikte ele alarak etkili bir sağlık hizmeti vermekle mümkün olabilmektedir. Bütünleşik uygulama birimleri multidisipliner bir ekipten meydana gelmektedir. Hastaların tıbbi ve yakın ilişkili sorunları, koruyucu sağlık hizmetleri etrafında organize olmaktadır. Şekil 6'da Porter ve Lee (2013)'ın ortaya koyduğu mevcut uzmanlıklara göre düzenlenmiş olan ve birbirinden ayrı hareket eden hizmetlerin varlığı görülmektedir. Sağlık sunucuları çevresinde organize olan hizmetler hacmine göre hizmet sunucularına yakın coğrafi bölgelerle sınırlandırılmıştır. Bu model çerçevesinde değer yaratılmasının zor olacağını ileri süren Porter, bunun yerine Şekil 7'de yer alan bütünleşik uygulama modelini önermektedir. Ayrıca, bütünleşik uygulama birimleri her hasta için gelişmiş bakım süreçleri ile sonuç ölçütleri geliştirmektedir. Bu sayede hastaların tıbbi durumları hakkında geniş kapsamlı bir uzmanlık ile beraber daha etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumu gerçekleşmektedir (Teisberg ve Wallace, 2009).



Şekil 6: Uzmanlığa göre düzenlenmiş ayrı servisler

Kaynak: Porter ve Lee, 2013



Şekil 7: Bütünleşmiş Uygulama Birimleri

Kaynak: Porter ve Lee, 2013

1.2.3.4. Geniş Coğrafi Erişim

Sağlık sisteminde değer yaratmak için sağlık kurumlarının coğrafi erişimini arttırması gerektiği literatürde tartışılmaktadır (García-Armesto et al., 2015; Porter, 2014). Yüksek

değerli sağlık sunumu için hizmet sunucuların yakın coğrafi alana ulaşımı ile sınırlı bırakmayıp nüfus yoğunluğu ve mesafeye göre daha geniş alanlara ulaşması gerekmektedir (Romley et al., 2019; Delamater et al., 2012). Coğrafi erişimin arttırılmasında toplum sağlık merkezleri yüksek değerli sağlık hizmetine yönelik ihtisas, imkân ve servislere ulaşım için daha kapsamlı tıbbi şartlar altında değer yaratan SHS ile birlikte çalışmalıdır. Ayrıca, Sağlık Bakanlıklarının yerel teşkilatlanmalarına yeni roller verilmelidir (Porter, 2014). Bu roller, sadece nüfusu baz alarak genişlememeli, bunun yerine değeri büyüten yollar seçilmelidir.

Geleneksek olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin coğrafi erişimi, değer bakımından bağımsız bir şekilde aynı sağlık hizmetini farklı alanlarda yeniden üreten sağlık tesislerinin arttırılmasına odaklanmaktadır (Porter, 2008). Geleneksel coğrafi erişim arttırılması hastanelerin sunabileceği çok az şey olduğunda etkili olmakla birlikte, günümüzde giderek artan tıbbi bakımın karmaşıklığı, her hastanenin oldukça karmaşık prosedürleri uygulaması veya karmaşık vakaları tedavi etmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Bu sebeple önde gelen sağlık sunucuları, kendi coğrafyaları dışındaki alanlarda da etkin olmalı ve yüksek değerli bakım hizmeti sunmalıdır. Son olarak bölgeler arası değer yaratma potansiyeli olan bütünleşik uygulama birimleri büyütülmeli ve belirlenen merkezlere bağlı olarak faaliyet göstermelidir (Porter, 2014).

1.2.3.5. Bilgi Teknolojisi Platformu

DTSH gerçekleşmesi için yeni nesil bilgi teknolojilerine (BT) geçiş yapmak gerektiği literatürde tartışılan bir başka konudur. Son on yılda hem Türkiye’de hem de dünyada BT’nin sağlık hizmetlerinde benimsenmesini hızlandırmak için büyük çabalar sarf edilmektedir ve bu durum giderek daha önemli ilerlemeler kaydetmektedir (Göktaş vd., 2017). Bilgi teknolojilerinin sağlık hizmetlerine bütünleşik entegrasyonu iki temel işlevi sağlamak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bunlar; sağlık bakım sunumunun yeniden yapılandırılması ve sonuçların ölçülmesidir. Bu işlevlerin yerine getirilebilmesi kurulacak ya da geliştirilecek BT’lerinin yedi temel öğeye sahip olmasını gerektirmektedir (Porter, 2014). Bu yedi öğe;

1. Raporlama yeteneği ve etkili sonuç ölçümünü geliştirmek için ortak veri tanımlarını oluşturma,
2. Her hasta için tüm veri türlerini (Örneğin notlar, görüntüler) birleştirme,
3. Her hasta için tam bakım döngüsünü kapsayan tüm veriler içermek,

4. Hastalar dahil tüm taraflar arasında erişim ve iletişime izin verme,
5. Kullanılabilirliği artırmak ve belirli bir durumun yönetimi ile ilgili bilgileri öne çıkarmak amacıyla tıbbi durumlar için standartlaştırılmış şablonlar oluşturma,
6. Hasta kayıtlarında serbest metin yerine yapılandırılmış verileri toplama,
7. Her hasta ve tıbbi durum için sonuç ölçümleri, süreç önlemleri ve faaliyete dayalı maliyetlendirme yapma.

1.2.3.6. Çok Bölgeci Bakım Hizmetlerine Bakımı Entegre ve Koordine Etme

Sağlık hizmetlerinin sunumu birçok kurum ve organizasyon tarafından gerçekleştirilmektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2019). Fakat bu organizasyonların hiç biri tek başına istenen değeri yaratamamaktadır (Teisberg ve Wallace, 2009). Çünkü değeri hesaplamak için uygun olan ögeler, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli tüm hizmet ve faaliyetlerden oluşmaktadır (Porter, 2014). Bu ihtiyaçlar her hastanın tıbbi durumuna göre değişebilmekte olup bütünsel bir şekilde düşünülmesi gereken, birbiriyle alakalı tıbbi durumlar olarak tanımlanmaktadır (Porter, et al. 2007). Bir tıbbi durumun tanımlanması ona eşlik eden hastalıkları da içermektedir. Daha fazla değer sunmak için SHS'nin uzmanlıklarını derinleştirmeye ve her bakımın tüm bakım döngüsü boyunca karmaşık ve birbiriyle ilişkili ihtiyaçlarını karşılama yeteneklerini genişletmeye odaklanması gerekmektedir (van Veghel et al., 2019; Porter ve Baron, 2008).

Sağlık hizmetlerinin çıktıları ve verimliliğindeki en büyük gelişmeler, tıbbi olarak bütünsel hizmet ve uygulamaların özenle tanımlandığı bir veri seti üzerinde sürekli ve ekip tabanlı odaklanmayla sağlanabilmektedir.

Bütünsel uygulama birimlerinde bakımı organize ederken en iyi sonuçlara yol açan on temel ilke bulunmaktadır (Porter, 2014). Bunlar;

1. Bakım, tüm bakım döngüsü boyunca tıbbi bir durum veya yakından ilişkili durumların bir grubu etrafında düzenlenmelidir.
2. Bakım, yaygın olarak ortaya çıkan durumları ve komplikasyonları içermelidir.
3. Bütünsel uygulama birimine bağlı personel ve ortak hizmetlerin entegrasyonu sağlanmalıdır.
4. Bakım ideal olarak özel tesislerde yapılmalıdır. Birden çok veya bağlı siteyi birbirine bağlayan ve uygun olan durumlarda teletıp içeren bir hub ve bağlı bileşen yapısı oluşturulmalıdır.
5. Hizmetlerde bakımın konumu optimize edilmelidir.

6. Hasta eğitimi, katılım, bağlılık, takip ve önleme bakım sürecine entegre edilmelidir.
7. Bir doktor, klinik bakım yöneticisi veya ikisi birlikte her hastanın bakımını denetlemelidir.
8. Bütünleşik uygulama birimlerinin açık bir klinik lideri, ortak bir planlama ve alım süreci ve ideal olarak birleşik bir kâr ve zarar tablosu olan birleşik finansal yapısı olmalıdır.
9. Bütünleşik uygulama birimleri ortak bir platform kullanarak sonuçları, maliyetleri, bakım süreçlerini ve hasta deneyimini rutin olarak ölçmeli ve sonuçlar için müşterek hesap verebilmelidir.
10. Bütünleşik uygulama birimleri, bireysel hasta bakım planlarını ve sonuçları iyileştirmeyi ve maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan süreç iyileştirmelerini tartışmak için düzenli olarak resmi ve gayri resmi olarak toplantılar düzenlenmelidir.

1.2.4. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Paydaşların Kimlerdir?

DTSH için belirlenmiş olan paydaşlar, hasta ve hasta yakınları, hizmet sunucular (Baumhauer ve Bozic, 2016; Zangerle et al., 2016), ÜTÖ, tedarikçiler, politika yapıcılar ve toplum olarak belirlenmiştir (Baumhauer ve Bozic, 2016; Zangerle, et al., 2016; LaPointe, 2016; Miller, 2009).

Hastalar için DTSH daha az maliyet ile daha kaliteli sağlık hizmeti almaları bakımından önemlidir. Kanser, diyabet, yüksek tansiyon, KOAH veya obezite gibi kronik bir hastalığı veya durumu olan hastalar için sağlık hizmetleri pahalı ve zaman alıcı olabilir. Değer temelli bakım modelleri, hastaların hastalıklardan ve yaralanmalardan daha çabuk iyileşmesine ve öncelikle kronik hastalıklardan kaçınmasına yardımcı olmaya odaklanmaktadır (Feeley et al., 2010). Sonuç olarak, hastalar daha az doktor ziyareti, tıbbi test ve prosedürle karşı karşıya kalmaktadır.

SHS için, DTSH verimlilik ve daha fazla hasta memnuniyeti sağlayabilmektedir (Mummaneni et al., 2019). Sunucuların yeni, önleme tabanlı sağlık hizmetleri için daha fazla zaman harcamakla beraber kronik hastalık yönetimi için daha az zaman harcayacakları ifade edilmektedir. Odak, hacim yerine değer üzerindeyken kalite ve hasta katılım önlemlerini arttırmaktadır. Ayrıca, sunucular kişi başına ödeme sistemleriyle birlikte gelen finansal riske maruz kalmamaktadır. Bakım dönemi başına daha yüksek

değer yaratabilen kâr amacı gütmeyen sağlayıcılar bile, değer temelli bir bakım modeli kapsamında ödüllendirilmeye devam etmektedir.

ÜTÖ için DTSH maliyetleri kontrol etmekte ve riski daha geniş bir hasta popülasyonuna yayarak azaltmaktadır. Sağlıklı bir nüfus, ödeme yapanların prim havuzları ve yatırımlarını daha az tüketir. Değer temelli ödeme ayrıca, hastanın tam bakım döngüsünü kapsayan ödemeleri veya bir yıl veya daha uzun süreleri kapsayan kronik durumlar için ödemeleri bir araya getirerek ödeme yapanların verimliliği artırmasına olanak tanımaktadır.

Herhangi bir alanda, performans ve hesap verebilirliğin geliştirilmesi, tüm paydaşların çıkarlarını ve faaliyetlerini birleştiren ortak bir hedefe sahip olmasına bağlıdır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde paydaşların geleneksel olarak hizmetlere erişim, kalite, maliyet sınırlaması, güvenlik, kolaylık, hasta memnuniyeti ve kârlılık gibi çeşitli, genellikle birbiriyle çelişen hedefleri vardır. Hedefler hakkında netlik olmaması, farklı yaklaşımlara, sistem aktörleri arasında faydaları ve maliyetleri kaydırmak için sıfır toplamı rekabete ve performans iyileştirmedeki yavaş ilerlemeye yol açmaktadır (Porter, 2010). Tüm paydaşlar ortak amaç edinildiğinde hastalar sağlığına kavuşmakta, sağlık sunucuları profesyonel ve finansal anlamda başarılı olmakta, sağlık sistemleri zamanla içerisinde daha düşük maliyetler ile karşı karşıya kalmaktadır (Teisberg ve Wallace 2009).

1.2.5. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Ölçülmesi Ne Şekilde Gerçekleşir?

Bu başlık altında öncelikle “değer temelli sağlık hizmetlerinin ölçülmesi nasıl gerçekleşir?” sorusunun cevabı ortaya konulmaya çalışılmakta, daha sonra DTSH ölçüm yöntemleri tartışılmaktadır.

DTSH tanımlamalarındaki farklılıklar ölçüm biçimlerinde de bir takım farklılıklar yaratmaktadır. Değer, en basit hali ile kalitenin maliyetlere bölünmesiyle tanımlanmaktadır. Burada kalite, hasta sonuçlarını yansıtmakta ve maliyetler, kişi başına bakım sağlamak için toplam tüm giderler olarak hesaplanmaktadır.

Porter’ın (2008) değer tanımlaması kabul edildiğinde DTSH ölçümü her zaman hastalar etrafında tanımlanmakta ve değer girdiler ile değil sonuçlara bağlı olduğundan ölçüm sağlık sonuçları ile gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetlerinde değer ölçümü öncelikle bakım sonuçlarının ölçülmesi ile başlamaktadır (Padilla et al., 2019). Sonuçların ve

maliyetlerin ölçülmesi ve raporlanması, yenilikçiliği teşvik etmenin yanı sıra rekabetin çalışmasına izin vermek için de gerekmektedir (Porter ve Lee, 2013; Porter ve Guth, 2012). Fakat sağlık hizmeti sunucuları ve sigorta şirketlerinin büyük bir çoğunluğu her hasta için tıbbi duruma göre sonuç ve maliyetlerin doğru ölçümünü gerçekleştirememektedir.

Porter ve Lee (2013) mevcut sistemlerde ölçümlenen kalite standartlarının aslında gerçek kalite değerlerini ölçmediğini ifade etmektedir. Örneğin diyabet hastaları için, hizmet sunucular hastalık durumlarına göre hastaların kimyasal ya da görüntüleme sonuçlarını ölçmektedir. Fakat hastalar için gerçekten önemli olan kısımları örneğin görme yetilerini kaybetme durumları ya da diyalize ihtiyaç duyma ihtimalleri göz ardı edilmektedir. Burada ölçüm sonuçlarının hasta gözünden değerlendirmesi önem arz etmektedir. Hasta gözünden değerlendirmek hasta merkezli bir bakım sürecini beraberinde getirmektedir. (Skovlund et al., 2019). Bu sebeple hastaların bildirdikleri sonuç ölçütleri kalite ve maliyetlerin iyileştirme potansiyeline sahiptir (Squitieri, Bozic ve Pusic, 2017).

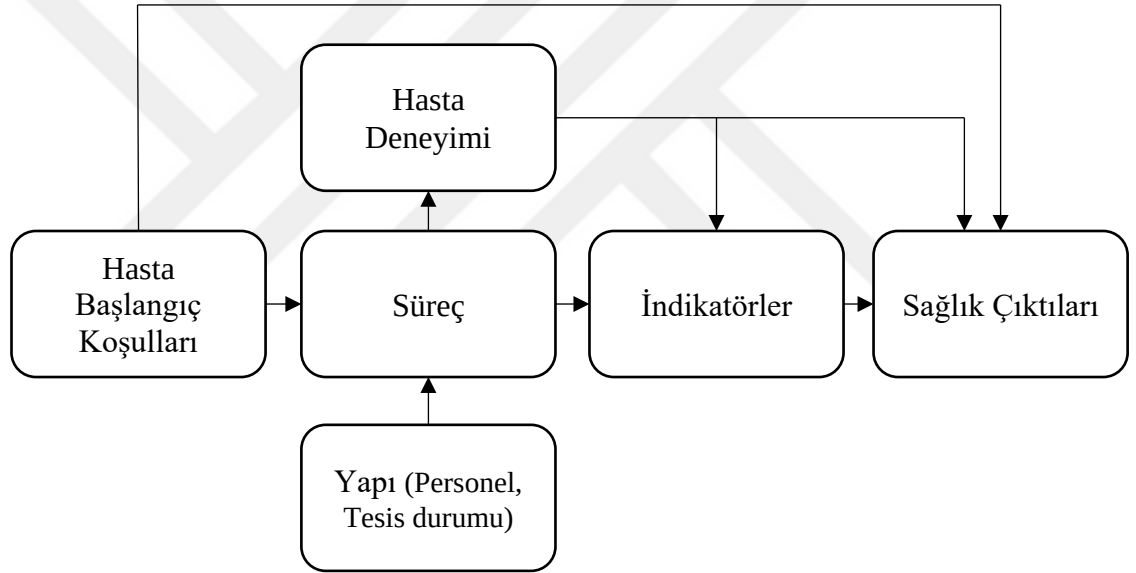
Tablo 3’de görüldüğü gibi, hastalar için önemli sonuçlar üç aşamada ele alınabilmektedir (Porter, 2008). Bu aşamalardan ilki hastanın elde ettiği sağlık statüsüdür. Bu aşamada kendi içerisinde iki alt boyuttan meydana gelmektedir. Bunlardan ilki hayatta kalma, diğeri ise iyileşme derecesidir. İkinci aşamayı ise iyileşme süreci oluşturmaktadır. Her iki boyut da hastalar için önemli kabul edilen sonuç göstergeleridir. Bu aşamada yer alan sonuçlar, bakım döngüsü ve iyileşmenin doğası ile ilgilidir. Örneğin, yüksek geri kabul oranları ve sık görülen acil servis departmanlarında “tekrar hizmet alma durumu” aslında uzun vadeli bireylerin hayatta kalma durumunda olumsuz bir etkisi olmamakla beraber, hem hizmet sunucuları hem de hastalar için maliyeti yükselten bir durumdur. Bakım sırasındaki rahatsızlık düzeyi ve normal aktivitelere dönmenin ne kadar süreceği de hastalar için büyük önem taşımaktadır. Hastalar sağlık şikâyetleri için bir uzman görmeden önce önemli gecikmeler yaşadıkları takdirde gereksiz endişe yaratabilmekte ve tedaviye başlamada gecikmeler meydana getirebilmektedir. Üçüncü aşamada yer alan sonuçlar sağlığın sürdürülebilirliği ile ilgilidir.

Tablo 3 : Sonuç Ölçümleri Hiyerarşisi

Sağlık Statüsü	- Hayatta Kalma - İyileşme derecesi
İyileşme süreci	- İyileşme veya normal aktivitelere dönme zamanı - Bakım veya tedavi sürecinin farksızlığı (örn. tedaviye bağlı rahatsızlık, komplikasyonlar veya yan etkiler, teşhis hataları, tedavi hataları ve ek tedavi açısından sonuçları)
Sağlığın sürdürülebilirliği	- Sağlık veya iyileşmenin sürdürülebilirliği ve tekrarlama - Tedavinin uzun vadeli sonuçları

Kaynak: Porter ve Lee, 2013

Porter (2014) değer temelli sağlık hizmetlerinin ölçümünün her hasta için olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu ölçüm düzeni Şekil 8’de gösterilmiştir. Ayrıca, yazar ölçüm için hiyerarşik olarak tasarladığı üç bölümden oluşan bir ölçüm modeli tasarlamıştır.

**Şekil 8: Ölçüm Düzeni**

Kaynak: Porter, 2014

Modelin ilk bölümünü hastaya sağlanan sağlık durumu oluşturmaktadır. Sağlanan sağlık durumunda hastaların hayatta kalmaları ve sağlık durumlarındaki iyileşme dereceleri alt göstergeleri oluşturmaktadır. İkinci bölümü “iyileşme süreci” oluşturmaktadır. Bu bölümünde ilk bölümde olduğu gibi iki alt göstergesi mevcuttur. Bu göstergeler, hastaların iyileşme ve normal faaliyetlerine dönüş zamanları ile bakım ya da tedavi sürecinin yetersizliği (örneğin, tanı hataları ve etkisiz bakım, tedaviyle ilişkili rahatsızlık, komplikasyonlar veya yan etkiler, tedavi hataları ve bunların ilave tedavi açısından sonuçları) oluşturmaktadır. Son bölümde ise sürdürülebilir sağlık hizmetleri yer almaktadır.

Bu bölümün göstergeleri, hastaya sağlanan sağlık durumunun sürdürülebilirliği ile tedavinin uzun süreli sonuçları oluşturmaktadır (Porter, Pabo ve Lee, 2013).

Değer denkleminde yer alan ikinci değişken yani maliyetlerin ölçümünde de çeşitli yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir. Hizmet sunucuları için maliyet ölçümüne yönelik üç yöntem bulunmaktadır (Tan et al., 2011). İlk yöntem sağlık kuruluşlarının faturaların toplamı ile elde edilen maliyetlerdir. Sağlık kuruluşunun, tüm giderleri bölü gelirleri şeklinde maliyet girdi oranı kullanılmaktadır (Seyfioğlu, 2019). İkinci yaklaşımda maliyetleri çeşitli kaynak kategorilerine tahsis etmek için geleneksel faaliyet tabanlı maliyetleme (FTM) yöntemini içeren bir maliyet muhasebesi sistemi kullanılmaktadır. FTM sistemine sahip sağlık sistemleri, değer denkleminin maliyet bileşeni için mevcut verilerinden yararlanabilmektedir. Bu veriler maliyetleri mükemmel bir şekilde ortaya koyamasa da, ilk yaklaşıma göre daha doğru sonuçlar elde etmektedir (Lee et al., 2016). Üçüncü yöntem ise Kaplan ve Porter (2011)'in zamana dayalı faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemini kullanarak hastalar ve maliyetler için önemli sonuçları ölçmek için geliştirdikleri kavramsal bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım hastaya tedavileri sırasında tam olarak ne olduğunu tespit ederek aşağıdan yukarıya doğru tüm bakım işlemlerinin gerçek maliyetlerinin doğru değerlendirilmesine katkı sağlanmaktadır. Bakım maliyetleri bir hasta için bir bakımın tüm döngüsünde yer alan tüm personeli, kaynakları, malzemeleri ve destekleyici hizmetleri içermektedir. Maliyetlerin ölçümü tüm personel, ekipman ve her bir işlem için gerekli olan süreyi içeren bir durum için hasta bakımında yer alan tüm süreçleri haritalayarak başlamaktadır. Fatura, bilgi teknolojisi ve insan kaynakları yönetimi gibi genel masraflar, hasta kaynaklarının ihtiyaçlarından kaynaklanan kaynak kullanımına dayanan duruma atfedilmelidir. Sunucular, daha iyi kapasite kullanımı, daha standartlaştırılmış süreçler, personel becerilerinin görevlerle daha iyi eşleştirilmesi, bakımı en uygun maliyetli tesis türünde bulma ve diğerleri gibi fırsatlara dokunarak % 25 veya daha fazla tasarruf elde edebilmektedirler. Bu model her ne kadar sağlık hizmetlerinde değer yaratılacağına dair görüşler olsa da (Lee et al., 2016) uygulamada bir takım zorluklar ile karşılaşılabilir (French et al., 2016). Birçok ülke teşhis ve tedavi konusunda bir dizi ölçüm tanımlamak ile beraber çoğu hastalık için geçerli ve güvenilir sonuç ölçütlerinden yoksundur (Berenson, Pronovost ve Krumholz, 2013).

Değerin ölçümünün ne şekilde formüle edileceği henüz net bir şekilde cevaplanmamış bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada değer ölçümüne ilişkin bir takım yaklaşımlar

ve ölçüm metodolojiler olsa da bugün için kabul edilmiş ve güvenilir bir ölçüm yöntemi yoktur (Lee, Austin ve Pronovost, 2016).

1.2.6. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Uygulama Örnekleri

DTSH dünya da birçok ülke tarafından uygulanmakta veya uygulanması planlanmakta ya da tartışılmaktadır. Birçok araştırmacı için DTSH uygulanması zorunlu olan küresel bir sağlık stratejisidir (Berry, 2019; WEF, 2018). DTSH ilişkin literatürde oluşturulan sorulara ülkelerin kendi içerisinde bulundukları sosyo ekonomik koşullar ve sağlık sistemlerinin farklılaşmasından dolayı çeşitlenmektedir. The economist (2020) Avrupa’da sisteme geçen ve geçmekte olan ülkeleri Portekiz, İngiltere, Fransa, Almanya ve İspanya olarak belirlenmiştir.

Almaya için sunulan raporda, alman sağlık sisteminin değer yaratma noktasında sunulan hizmetin yaygınlaştığını, fakat buna rağmen sistem içerisinde yanlış teşviklerin sağlandığını ve yükselen fiyatların üstesinden gelinemediğini ifade etmektedir. Ayrıca sistemin üzerinde yeni başlanan maliyet etkililik yaklaşımına henüz uyum sağlama sürecinde olduğu belirtilmektedir (The economist, 2020).

İtalya’da ise kavram tam olarak anlaşılmasa da sunulan sağlık hizmeti ve maliyetler ile ilişkilendirilmesi 1990’lara kadar uzandığı görülmektedir. Ekonomik krizler ile birlikte değeri aratmak ve maliyetlerin ölçümü ülke için daha önemli hale gelmiştir. Fakat sağlık çıktılarına ve maliyetlerine ilişkin verilerin toplanması, analiz edilmesi ve paylaşılması henüz yavaş ilerleyen bir süreç olarak değerlendirilmektedir. 2002 yılında Sağlık bakanlığına bağlı STD’leri kurmuştur. STD klinik etkililik, bütçe analizi ve maliyet etkililik araştırmaları yapmaktadır. Fakat yapılan araştırmalar merkezi olduğundan bölgesel sağlık problemlerini çözmede başarısız bulunmaktadır. Bunun sebebi İtalya’da bölgesel farklılıkların ve tutarsızlıkların çok yüksek safhada bulunmasıdır. İtalya’da merkezi olarak gerçekleşmeyen sağlık yapısı önemli ölçüde bölgesel özerlikler sağlamaktadır bu çoğu durumda avantaj sağlarken tekdüzeliğin ve standartların sağlanmasında önemli engellerin birisi oluşturmakta ve hastalar için eşitsizlik yaratmaktadır (The economist, 2020).

Fransa’nın sağlık hizmetlerindeki değerin değerlendirilmesi, Avrupa ülkeleri gibi, büyük ölçüde devam etmektedir. Yeni teknolojileri değerlendirmek ve kapsamı belirlemek için iyi geliştirilmiş bir sisteme sahip olmasına rağmen, yerel hastane yöneticileri ile yaşanan problemlere ilişkin olarak gerçek birim maliyetlerin belirlenmesi zorlayıcı bir süreç olarak

ele alınmaktadır. Ayrıca maliyet etkililik analizlerini son yıllara gerçekleştirse de bu ölçülerin sonuçlarının benimsemesi noktasında henüz somut bir adım atılmadığı ifade edilmektedir (The economist, 2020).

Portekiz diğer Avrupa ülkeleri gibi sağlık sistemini değerli hale getirme noktasında önce maliyet fayda analizlerini dikkate almıştır. Dünya’da yaşanan ekonomik krizler bu manada ülkeyi değer yaratma noktasında daha yenilikçi yolların bulunmasının önünü açmıştır. Bu noktada Portekiz birinci basamak ve entegre bakımlara ilişkin reform hareketleri uygulamıştır. İlgili reform hareketler nihayete ermemiş üzerinde çalışmalar devam etmektedir. OECD verileri göre reform ilişkin halkın görüşleri olumlu yöndedir. Ayrıca, değer temelli satın alma da ve yeni teknolojileri değerlendirmek üzere oluşturdukları sistemleri mükemmelleştirmeleri gerekmektedir (The economist, 2020).

İspanya yakın zaman içerisinde merkezi olmayan sağlık ve STD sistemlerinde bir takım yeniliklere gitmiştir. Tıbbi tedavi, cihaz ve sağlık bakımı için hasta deneyimi ve etkinliğini incelemektedir. Fakat maliyet etkililiği ölçmek için çok az çaba sarf ettikleri ifade edilmektedir (The economist, 2020).

İngiltere de STD yapıları ve sağlık teknolojileri değerlendirme birimleri on yılı aşkın bir süredir değer ölçümlerini gerçekleştirmektedir. Maliyet etkililik analizlerinde kaliteye ayarlanmış yıllar, farmasotik fiyat düzenleme planını devreye koysa da bu yaklaşımların sağlık bakım maliyetlerinin kontrollü ve yenilikçi tedavilerin arttırılması noktasında doğru dengeyi sağlayıp sağlamadığı bilinmemektedir. Değerin yaratılması noktasında hem birinci basamak hizmetlerde hem de ikinci basamak hizmetlerinde kalite ve sonuç çerçeveleri, en iyi uygulama yöntemleri gibi performans göre ödeme teşvikleri ile önemli ölçüde başarı elde ettiği görülmektedir. İngilteredeki sağlık reformcuları da ülke genelinde sağlık çıktılarının gözle görülebilen farklılıkları ele almaya çalışmıştır. Bu alandaki yenilikçi fikirler, üçlü değer çerçevesini ve NHS RightCare programını içermektedir (Unit, 2016).

Avusturya’da ise yaklaşık 32 yıldır devam eden bir değer temelli sağlık hizmetleri bakış açısına sahiptir. Değer temelli sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması üç farklı anahtar kavram ile açıklanmaktadır. Bunlar merkezileşme, geçiş aşamaları ve dijitalleşme aşamalarıdır. Merkezileşme, sağlık hizmetlerinin entegrasyonun sağlanmasına, birleştirmeye ve standartlaşmaya odaklanmaktadır. Geçiş aşamalarında ise acil ve kısa vadeli satın alma maliyetlerinden daha uzun vadeli yaşam döngüsü maliyetlerine ve hasta

merkezli değer sonuçlarına kadar temel sağlık hizmeti satın alma kriterlerini ilerletmeye odaklanmaktadır. Son aşama olan dijitalleşme ise sağlık sistemindeki birden fazla paydaş arasında daha geniş bir dizi farklı ve hasta merkezli sonuçların ölçölmesini, izlenmesini ve karşılaştırılmasını sağlayan teknolojik özölmlerin uygulanmasına odaklanmaktadır. Ayrıca ölke bir dizi pilot uygulamalar ile sistemini bu noktada değere yaklaştırmayı başarmıştır (Kokshagina ve Keränen, 2021).

1.3. Model Geliştirme/ Tema Belirleme

Gerçekleştirilen literatöl incelemesinde toplam beş sorunun cevapları aranmakta ve ölkelere ilişkin uygulama örnekleri verilmektedir. İlk cevabı aranan soru DTSH tanımlamasının ne olduğudur. Analiz sonucunda kavrama ilişkin farklı tanımlamalarının olduğu ve kabul edilebilir bir değer tanımının olmamakla beraber yoğun bir şekilde Porter (2006) tanımının kullanıldığı anlaşılmaktadır. Bu durum değere dayalı sağlık uygulamaların faydalarının elde edilmesinde ilerlemeyi engelleyebilir. Çünkü sağlık uzmanları ve kuruluşlarının değer temelli sağlık hizmetlerini benimsemelerinde gecikmeler olabilmekte ve SHS istenen standartları yakalamada sorunlar yaşayabilmektedir. Her yıl “Değer Temelli Sağlık Hizmetleri” konusu çerçevesinde sağlık uzmanları ve araştırmacıların daha fazla araştırma yayınladıkları görölse de tanımlamalar, ölçölmler, maliyetler ve sağlık ıktıları arasındaki ilişkilerin henöl tüm paydaşlar tarafından anlaşılmadığı düşünölmemektedir (Mkanta et al., 2016). Bu durum analiz kapsamında cevabı aranan DTSH niçin gerekli olduğu sorusuna ilişkin cevapların da çeşitli olmasına sebebiyet vermektedir (Busink et al., 2019; Zywiell, Liu ve Bozic, 2017; Andersson et al., 2015; Akhmetov ve Bubnov, 2015; Trautman, 2011). Temelde niçin DTSH gerekli olduğu mevcut uygulanan sağlık sistemlerinin şu anki problemlerini yansıtmaktır. Araştırmacılar konuya ilişkin cevapları veya mevcut sistemde tespit ettikleri problemler öl başlık altında incelemek mümkündür. Bu başlıklardan ilki hemen hemen tüm dölnyada sağlığa ayrılan payların son dölnemlerde bir artış içerisinde olduğudur (European Commission, 2019; Jones, 2014; Porter ve Guth, 2012). Artışlar gerçekleşmesine rağmen bireysel ya da toplumsal sağlık çıktılarına arzu edilen gelişmelerin yaşanmadığı tespit edilmektedir. Bu durumda ölkelerin sağlık sistemlerinin sürdürebilirliğini olumsuz olarak etkilemektedir. İkinci sistem problemi ise sağlık harcamalarının artışına sebebiyet veren hizmetlerin fazla, eksik veya yanlış kullanımıdır. Analiz incelemesinde bunun sebebi olarak mevcut sağlık sistemlerinin değerden daha çok

hacme yönelik olmaları gösterilebilir. Son ve üçüncü problem ise sağlık sistemlerinin arzu edilen kalite sonuçlarına ulaşmamasından kaynaklanmaktadır. Kaliteye yönelik mevcut teşvik sistemleri yetersiz bulunmakta ve performansa yönelik ödeme sistemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Mevcut sisteme ait tüm problemler tespit edildikten sonra yeni sisteme ne şekilde geçileceği cevap aranan bir diğer soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun cevabı da diğer sorularda olduğu gibi farklı yaklaşımlar içermektedir. Mikro ölçekte sağlık bakım hizmetleri için değer zincirinin oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir. Değer zinciri en basit şekilde, herhangi bir hastalık için bütünleşik bakım döngüsü boyunca gerçekleştirilen tüm işlemlerin anlayış, gelişim ve uyum üzerine bir çalışma düzenidir. Makro olarak ise Porter (2014)'ın detaylı bir şekilde açıklamış olduğu DTSH'ye geçiş için uygulanabilecek temel ilkeler göz önünde bulundurulmaktadır. Bu ilkelerin dışında kimi yazarlar sistem geçişinde uyulması gereken önemli noktaları tespit ettikleri görülmektedir (Terrell, 2018; Jensen ve Ward, 2016). Bu önemli noktalar arasında hasta popülasyonun belirlenmesi, sağlık hizmet bakım modellerinin tasarlanması, uygun kullanım modellerinin belirlenmesi ve sürekli iyileştirme yer almaktadır. Dünyada tüm sağlık sistemlerine adapte edilebileceği ifade edilse de sisteme geçiş ve sonuçları hakkında ampirik kanıtlara rastlanmamaktadır. Sistemik analiz kapsamında genel olarak araştırmacılar mikro ölçekte değer yaratmak ve ölçümlemek üzerine bir takım ampirik kanıtlar sunmaktadırlar. Araştırmacılar diz cerrahisi, kalp damar cerrahisi, Lynch sendromu, görüntüleme ve farmasotik alanlarda değer yaratma üzerine durmaktadırlar (Fredriksson, Ebbevi ve Savage, 2015; St John et al., 2015; Clement et al., 2015; Mesko et al., 2014; Hennink, et al., 2013; Martin ve Cheng, 2013; Claxton, Sculpher ve Carroll, 2011).

DTSH uygulama modellerin ve ilkelerinin ardından sistemde yer alan paydaşların kimler olduğu başka bir araştırma sorusunu oluşturmaktadır. Bu soruya konu nezdinde hemen hemen tüm yazarlar hasta ve hasta yakınları, hizmet sunucular, ÜTÖ, tedarikçiler, politika yapıcılar ve toplum olarak belirlemiştir (Baumhauer ve Bozic, 2016; LaPointe, 2016; Zangerle, et al., 2016; Miller, 2009). Paydaşların kimler olduğu bilinmesinin yanı sıra paydaşların DTSH uygulamasında ortak bir amacının olmasının önemli olduğu ifade edilmektedir. Ortak amacın söz konusu olmadığı durumlarda tüm paydaşların kendi çıkarlarını maksimize etme yolunu tercih ederek sağlık hizmetlerinde değer yaratmanın dışında hareket edecekleri ifade edilmektedir.

Bazı yazarlar DTSH'yi sağlık sunucularının yönetmesi gerektiğini (Lustig et al., 2016) ifade etse de bazı araştırmacılar hasta merkezli bir yapılanmanın (Porter,2014) gerekli olduğunu ifade etmektedir. DTSH uygulama ve modellerinin ne olduğu ve paydaşlara ne şekilde görevler düştüğüne ilişkin tespit edilen unsurlardan sonra sırada uygulanacak olan sistemin denetlemesi ve gerçekten değer yaratıp yaratılmadığının tespit edilmesidir.

Bu durum bizi sistematik analiz kapsamında bir sonraki soruya yani DTSH ne şekilde ölçölür sorusuna götürmektedir. Soru kapsamında tanımlamalarda olduğu gibi farklı ölçüm yöntemlerinin kullandığı görölmektedir. Literatürde kimi araştırmacıların yapılan her bir işlem için sağlık hizmetlerinin maliyetlerine odaklandığı, kimi araştırmacıların ise sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalarda bulunduğu görölmektedir. Bu araştırmalara DTSH literatürüne ve uygulamasına katkı sağlayacak net bir ölçüm yöntemi tespit edilememiştir. Bu sebeple maliyetleri ölçmeye yönelik farklı yaklaşımları değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görölmektedir. Ayrıca, bir bölüm veya tanı yerine, tüm bakım döngüsü boyunca uzunlamasına maliyetleri değerlendirmek için akut bakım ortamının ötesinde maliyet önlemlerine ihtiyaç vardır. Ancak akut bakım ortamının maliyetleri, bu çalışma için bir başlangıç noktasıdır ve bunun üzerine bir şey inşa edilebilir. Değer temelli sağlık hizmetlerinin ölçümü sadece yaratılan değer değil, aynı zamanda maliyetlere de dikkat edilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Buradaki amaç sağlık sonuçlarını iyileştirirken verimliliği arttırmaktır. Değer arttırmak için hem sağlık sonuçlarının hem de maliyetlerin sürekli ölçümü esastır. Bu ölçümler elde edilmediğinde sağlık profesyonellerinin seçimlerini onaylamak, yapı üzerindeki gelişimleri ve değişimleri belirlemek ve iş birliği sağlamak için gerekli bilgilerden yoksun olunacağı görüşü hakimdir. Andersson ve arkadaşları (2015) ise bu bilgilerin dışında hastaların değer nasıl tanımladıklarının da bilinmesi gerektiğini, aksi takdirde yaratılan süreçlerin ve azaltılan maliyetlerin işe yaramayacağını ifade etmektedir.

Sonuç olarak literatür analizi çerçevesinde geçmişten günümüze kadar olan DTSH araştırmaları dikkatlice incelenmiştir. Bu analiz sonucunda DTSH net ve kabul gören bir tanımlamanın olmadığını, ne şekilde gerçekleşeceğini, paydaşlarının rolünü ve ne şekilde ölçüleceği konusunda bir uzlaşının olmadığına karar verilmiştir. Bu sebeple tez kapsamında bu beş soruya sağlık hizmetleri paydaşlarının (SHS, ÜTÖ ve SP) uyguladığı en iyi DTSH stratejilerinin neler olduğunun tespit edilmesine yönelik cevaplar aranmaktadır. Bu soruların cevapları literatürden elde edilen bilgiler ile şekillenmekte ve

gelişmektedir. Literatürden araştırma sorulara ilişkin ana temalar belirlenmiştir. Fakat analiz kapsamında sadece belirlenmiş temalar üzerinden hareket edilmemektedir. Bunun sebebi Türk Sağlık Sistemi'ne ilişkin bir takım unsurların ve yeni temaların çıkartılmasına imkan verilmesidir. Bu açıdan çalışma hem tündengelim hem de tümevarım anlayışı çerçevesini kapsamaktadır. Tablo 4'de görüldüğü üzere literatürden elde edilen temalar DTSH ne demek sorusuna ilişkin olarak maliyetleri düşürmek ve sağlık çıktıları oluştururken; niçin gereklidir sorusuna ilişkin anlık çözümler sunması, sağlık hizmet sunum problemleri, yükselen maliyetler, bütüncül bakış eksikliği, sürdürülebilirlik temalardır. Nasıl gerçekleştirebilir teması ise gözlem ve önleme, yeni sistem tasarımı, entegrasyon temalarını içermektedir. Ölçüme ilişkin olarak literatürden sağlık çıktıları ve maliyetler temaları ortaya çıkartılmış ve son olarak DTSH paydaşları, hizmet sunucuları, STD ve sağlık politikacıları olarak belirlenmiştir.

Tablo 4: Literatür Analizi Kapsamında Belirlenmiş Temalar

Tema	Araştırma Sorusu?	Kaynakça
Maliyetleri Düşürmek	DTSH ne demektir?	Putera, I. (2017).
Sağlık Çıktıları		Gordon ve diğerleri. (2018), Redondo et al.,(2019)
Anlık Çözümler Sunması	DTSH niçin gereklidir?	Porter (2010)
Sağlık Hizmet Sunum Problemleri		Teisberg, Wallace, & O'Hara (2020).
Yükselen Maliyetler		Broerse ve Grin, (2017);
Bütüncül bakış eksikliği		Putera, I. (2017).; Traoré, M. K., Zacharewicz, G., Duboz, R., & Zeigler, B. (2019)
Sürdürülebilirlik		Falivena ve Palozzi (2020); Kaplan ve Porter, (2011); Porter ve Teisberg, (2006)
Gözlem ve Önleme	DTSH nasıl gerçekleştirilir?	Porter (2010), Menear et al., (2019).
Yeni Sistem Tasarımı		Lewanczuk et al (2020) Kokshagina,ve Keränen, (2021).
Entegrasyon		Lakdawalla, et al (2018)
		Porter (2010) Porter (2010)
Maliyetler	DTSH nasıl ölçülür?	da Silva Etges ve diğerler (2020) Wegner, S. E. (2016).
Sağlık Çıktıları		Catalyst,(2017). Redondo et al.,(2019)
Hizmet Sunucular	DTSH paydaşların rolü nedir?	Gray, Parvataneni ve Bozic (2020).
STD		Lee, (2017).
Sağlık Politikacıları		Porter (2010), Menear et al., (2019).

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma yöntemi ve tasarımı, veri toplama süreci, araştırmanın etik yönü, araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği ve araştırma analiz sürecine yer verilmektedir.

2.1. Araştırma Amacı

Çalışmanın giriş ve literatür bölümünde DTSH anlamlandırılmaya çalışılmış ve literatürde olguya atfedilen anlamlar gün yüzüne çıkartılmıştır. Çalışmanın bu bölümde Türkiye’de sağlık hizmetlerin sunulması, düzenlenmesi ve ödemelerin gerçekleştirilmesinde görevli bulunan aktörlerin değer temelli sağlık hizmetleri hakkında görüşlerinin neler olduğu ve bu konu nezdinde uyguladıkları yöntemlerin neler olduğunun tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda çalışmanın cevap aradığı araştırma soruları şu şekilde ifade edilebilir:

1. Paydaşlar için DTSH ne demektir?
2. Paydaşlar için DTSH gerekli midir?
3. Paydaşlar için DTSH nasıl gerçekleşir?
4. Paydaşlar için DTSH nasıl ölçülebilir?
5. Paydaşlar için DTSH’nin paydaşları kimlerdir?

2.2. Araştırma Yöntemi ve Tasarımı

Araştırmaların esas olarak nitel, nicel ve bir de bunların birlikte kullanıldığı karma araştırma yöntemleri olmak üzere farklı şekillerde yapıldığı bilinmektedir. Her bir yöntemin kendi içerisinde güçlü ve zayıf yanları mevcuttur. Nicel yöntem “ ne kadar? Ne miktarda? Ne kadar sık? Ne kadar yaygın?” gibi sorulara cevap ararken; nitel yöntem “Niçin? Nasıl? Ne şekilde?” gibi sorulara cevap bulmaya çalışmaktadır. Bu yöntemlerden doğru yöntemi seçmek, araştırmanın sorusuna doğru cevap verebilmek için önem taşımaktadır (Creswell, 2019). Literatür analizi neticesinde “değer temelli sağlık hizmetleri” odağı doğrultusunda araştırmacıyı nitel yönteme sevk eden gerekçeler aşağıda sunulmaktadır:

İlk olarak nitel yöntemlerde tümevarımsal bir muhakeme kullanılmakta ve gerçek yaşam bağlamında meydana gelen olayları keşfetmek ve anlamak için gerçekleştirilmektedir (Leedy ve Ormrod, 2014). DTSH’nin tanımları ve süreçlerine ilişkin olarak farklı paydaşlar tarafından farklı biçimlerde anlaşılabileceği ve tüm paydaşların ortak çabaları ile iyi sağlık hizmetlerinden en iyi sağlık hizmetlerine varılabileceği kuramsal çerçevede

tartışılmaktadır. Çalışmada farklı paydaşların DTSH'den ne anladıkları, niçin gerekli olduğu, nasıl gerçekleştirildiği, nasıl ölçüldüğü ve paydaşlarının kimler olduğunu anlamaya çalışılmaktadır. Bu yönü ile araştırmada DTSH'ye ilişkin stratejilerin sonuçlarından daha ziyade paydaşların düşüncelerini ve atfettikleri anlamlar ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır.

İkinci olarak paydaşların sağlık uygulamaları, davranışları ve süreçleri hakkında daha fazla anlayış geliştirmek ve bunları açıklayabilmek için nitel araştırma yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir (Leedy ve Ormod, 2014). Üçüncü olarak, tersten bir mantık yürütülerek, nicel araştırmaların temelde olay ve olguları nesnelleştirmesi, gözlem yapılabilir hale getirilmesi ve sayısallaştırması gibi kendisine has bir takım özelliklerden dolayı araştırma sorularına cevap vermemektedir (Creswell, 2019). Son olarak, tez nitel araştırma doğasına uygun olarak DTSH ile ilgili açıklamaları genişletme amacındadır ve “değer temelli sağlık hizmetlerine yönelik bir çerçeve belirlemeyi” amaçlanmaktadır.

2.2.1. Temel Nitel Araştırma Tasarımının Uygunluğu

Araştırma soruları nitel araştırmalarda yöntemsel tercihlerin gerekçelendirilmesi noktasında bir dayanak oluşturmaktadır. Bu sebeple araştırma sorularına uygun tasarımın seçilmesi önem arz etmektedir. Nitel araştırma tasarımları veri toplanmasına ve belirli bir çalışmada kullanılan analize bağlı olarak kategorize edilmektedir. Pek çok araştırma insanların dış dünyadaki öznel görüşlerini, tutumlarını, inançlarını veya deneyimlerini incelemektedir. Bu tür araştırmalar istatistiksel anlamda ölçülememekte ve nitel yöntemler gerektirmektedir. Nitel araştırma yöntemleri içerisinde birçok tasarım bulunmaktadır (Punch, 2016; Creswell, 2019; Merriam, 2015). Bu tasarımlar arasında odakları diğerlerine göre belirgin tasarımlar bulunmakta ve daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan temel tasarımları etnografik araştırma, fenomenolojik araştırma, kuram çalışması ve durum çalışması olarak ifade edilebilir (Leedy ve Ormod, 2014).

Tasarımlar arasında örtüşmeler olmasına rağmen her bir tasarım kendine özgü bir takım özellikler taşımaktadır. Örneğin, fenomenolojik araştırma fenomenin özünü ve yapısını anlamaya çalışmakta iken; etnografik çalışmalar, hem insanların diğer insanlarla etkileşimlerini hem de içinde yaşadıkları toplumun kültürü ile etkileşimlerini anlamaya ve anlamlandırmaya çalışmaktadır (Merriam, 2015). Gömülü teori ise en basit biçimde ilgili fenomeni anlayarak onun hakkında sağlam bir teori kurmayı amaçlamaktadır. Buna

karşılık durum çalışmaları, gerçek yaşamın güncel bağlamın ya da ortamın içindeki bir veya birden fazla durumun araştırılmasını esas almaktadır (Creswell, 2019). Her bir tasarımın kendi içerisinde bir tutarlılık ve yol göstericiliği olsa dahi çoğu zaman araştırmacılar yerleşik metodolojinin sınırlarına tam olarak uymayan araştırma soruları ile karşılaşmaktadır (Merriam, 2015). Böyle durumlarda da temel nitel araştırma tasarımı kullanılmaktadır (Caelli, Ray ve Mill, 2003).

Temel nitel araştırmada bireylerin, olgulara ilişkin yaşantıları ve yükledikleri anlamlar görüşmeler yoluyla ortaya çıkarılır ve incelenir (Merriam, 2015). Çalışmada DTSH'nin ne olduğu, nasıl uygulandığı ve performans değerlendirmesinin nasıl yapıldığı konusunda paydaş görüşlerinin belirlenmesi yorumlamacı bir bakış açısıyla incelenmeye çalışıldığı; başka bir ifade ile paydaşların DTSH olgusuna nasıl bir anlam yüklediğini belirlemek için araştırmada temel nitel araştırma deseni kullanılmıştır.

Temel nitel araştırmalar sıfırdan bir araştırma tasarımı oluşturmak yerine bir veya birden fazla yerleşik metodolojiden yararlanmaktadır (Kahlke, 2014). Lim'e (2011) göre bu tür çalışmalar incelenen fenomenin zengin bir tanımının yapılmasını amaçlamaktadır. Aynı zamanda bu tür tasarımlar nitel araştırmalar içerisinde son derece endüktiftir. Bu tasarımlar araştırmacılara yerleşik tasarımların sunduğu araçları kullanabilme ve epistemolojik duruşlarına, disiplinlerine ve belirli araştırma sorularına uyan tasarımlar geliştirme fırsatı sunmaktadır (Cooper ve Endacott, 2007). Temel nitel araştırma, "bilinen (veya daha fazla yerleşik) nitel tasarımlardan birinde biçimlenen açık veya yerleşik felsefi varsayımlar kümesi tarafından yönlendirilmeyen" araştırma olarak tanımlanmaktadır (Kahlke, 2014).

Temel nitel çalışmalarda veriler, görüşmeler, gözlemler ya da doküman analiz yoluyla toplanır. Hangi soruların sorulduğu, neyin gözlemlendiği ve hangi dokümanların ilişkili kabul edildiği çalışmanın teorik çerçevesine bağlıdır (Merriam, 2015).

Bu açıdan araştırma kapsamında tercih edilen temel nitel araştırma bir kaç konuda avantaj sağlamaktadır. Bu avantajlardan ilki, temel nitel araştırma tasarımının odağının bireylerin gerçeği, sosyal yaşantılarıyla olan etkileşimleri içerisinde nasıl inşa ettikleri üzerine yoğunlaşmasıdır. Temel nitel araştırma kapsamında araştırmacı bireylerin yaşamlarını nasıl yorumladıkları, dünyalarını nasıl inşa ettikleri ve son olarak deneyimlerine ne anlam kattıkları ile ilgilenmektedir. Kısaca, temel nitel araştırmada, sürece odaklanılır ve süreç anlaşılmaya çalışılır (Merriam, 2015). Özetlemek gerekirse bu çalışmada araştırmacı DTSH'ini katılımcılara göre anlamaya ve anlamlandırmaya çalışmaktadır. Araştırmacı

bu sayede anlamlandırmaya çalışan olgu hakkında önemli bilgiler kazanabilmektedir (Creswell, 2019).

İkinci avantaj ise tasarım için kabul edilen problemin tanımlanması ve çözüm önerileri sunumunda ilgili olguya ilişkin betimlemeye ihtiyaç duyulmasıdır (Creswell, 2019). Bu manada, DTSH kapsamında öznel ve yaşanmış deneyimleri hakkında kapsamlı bir anlayış geliştirmek için SHS, ÜTÖ ve SP örneği yararlı görülmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında uygun araştırma yöntemi olarak temel nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Bunun sebebi araştırma sorusunun temelde nasıl, ne şekilde ve niçin sorularına cevap araması ve bu sorulara ilişkin cevapların öznel bir niteliğe sahip olmasıdır (Merriam, 2015; Percy, Kostere ve Kostere, 2015; Worthington, 2013). Böylece araştırma sorularına ilişkin cevapların anlamları açığa çıkartılacak ve yorumlanacaktır.

2.2.2. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu Hazırlama Süreci ve Gerekeçesi

Mülakat formları uygulanan kuralların katılığına göre yapılandırılmış, yapılandırılmamış ve yarı yapılandırılmış biçimde üçe ayrılmaktadır. Yapılandırılmış mülakatlar, önceden yapılan ve ne tür soruların ne şekilde sorulup, hangi verilerin toplanacağını en ayrıntılı biçimde saptayan mülakat formlarıdır. Araştırmacıya görüşme esnasında bırakılan hareket özgürlüğü en alt seviyede tutulmaktadır. Cevapların denetimi ve sayısallaştırılması kolay ancak görüşme tekniğinden beklenen anlam çıkarma ve içtenliği sağlama olanakları sınırlıdır. Yapılandırılmamış mülakatlarda ise araştırmacıya esnek hareket alanı sağlamakta ve yargı serbestisi vermektedir. Katılımcılara sorulacak olan sorular ana çizgileri ile belirlenmiş olsa dahi mülakat esnasında yeni sorular türetilip sorulabilir. Yarı yapılandırılmış mülakat formu ise bu iki çizgi arasında yer almaktadır (Karasar, 2016; Creswell, 2019).

Tez kapsamında yarı yapılandırılmış mülakat formu tercih edilmiştir. Bunun sebebi katılımcılar ile görüşme esnasında yeni soruların ilave edilebilme imkanı vermesi ve farklı özelliklere sahip katılımcıların (SHS, ÜTÖ, SP) sorulara ilişkin karşılığının bulunmaması durumunda soruların iptal edilmesine veya yeni soruların eklenmesine imkan vermesidir (Newcomer, Hatry ve Wholey, 2015).

Yarı yapılandırılmış mülakat formu, kabul edilen desene uygun olarak katılımcıların DTSH ile alakalı deneyimlerini ortaya çıkarmak ve araştırma sorusuna cevap aramak

amacı ile oluşturulmuştur. Öncelikle araştırmacı tarafından taslak mülakat formu oluşturulmuştur. Taslak form oluşturulurken içerisinde yer alan ifadelerin anlaşılır olmasına, katılımcıların verebileceği verileri içermesine ve yansız olmasına dikkat edilmiştir (Karasar, 2016). Daha sonra taslak form sağlık yönetimi ve strateji alanlarında çalışan iki akademisyen ile paylaşılmıştır. Akademisyenlerin taslak formu incelemesi ve geri dönüşleri ile birlikte mülakat formuna son hali verilmiştir. Bu form açık uçlu bir dizi temel sorudan oluşmaktadır. Bu sorular katılımcıların sahip oldukları unvan, kariyer geçmişi ve mevcut çalıştıkları kurum hakkında bir takım temel bilgiler ile literatür analizinde de cevabı aranan fakat tam bir uzlaşıya sahip olunamayan (a) değer temelli sağlık hizmetlerinin tanımlarını, (b) niçin gerekli olduğunu, (c) nasıl gerçekleştiğini, (d) paydaşların rolünün ne olduğunu ve (e) nasıl ölçülmesi gerektiğine ilişkindir. Ek-3’de yer alan mülakat formu toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

2.2.3. Örneklem Stratejisini ve Örneklem Belirleme Aşaması

Doğru örneklem stratejisini belirlemek araştırmanın sorusuna cevap aramada oldukça önemli bir aşamayı oluşturmaktadır. Nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan birçok örneklem stratejisi bulunmaktadır. Bunlar; maksimum çeşitlilik, homojen, kritik durum, teori temelli, geçerli ve geçersiz olan durumlar, kartopu, sıra dışı, tipik, yoğunluk, politik önem, amaçlı rastgele, amaçlı tabakalama, kriter, fırsatçı ve uygunluk örneklem stratejileri olarak sıralanabilir (Creswell, 2019; Punch, 2016; Merriam, 2015). Tüm örneklem stratejileri farklı amaçlar doğrultusunda araştırmaya ve araştırmacıya fayda sağlamaktadır. Aynı zamanda araştırmacılar bu örneklem stratejilerinden bir ya da daha fazlasını kullanabilmektedir. Araştırmanın ana sorusuna cevap aramak için öncelikle belirtilen kriterlere uygun örneklem stratejisi izlenmiş ve araştırmanın güvenilirliğini arttırmak adına amaçlı örneklem stratejisi benimsenmiştir. Bu strateji nitel araştırma yöntemlerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu sayede araştırmacı katılımcıları fenomene uygun olarak seçebilmektedir. Seçilen katılımcılar fenomene ilişkin olarak istekli bilgiler verebileceklerdir. Amaçlı örneklem stratejisinin uygulanmasında üç husus önemli bulunmaktadır. Bu hususlar, çalışmaya kimlerin örneklem olarak seçileceğine, spesifik örneklem stratejilerine ve çalışılacak örneklemin büyüklüğüne karar vermektir (Khalke, 2014).

Bu hususlar kapsamında araştırmanın örnekleme Bölüm 1’de yer alan literatür analizi kapsamında belirlenmiştir. Bölüm 1’e göre DTSH tasarım ve uygulanması araştırmacılara

göre farklı paydaşların uygulamalarına ve önderliğine göre değişebilmektedir (Baumhauer ve Bozic, 2016, LaPointe, 2016; Miller, 2009; Zangerle, et al., 2016). Bu hususta bir uzlaşının olmadığından ve konunun mikro, mezo ve makro düzeyde incelenebilmesi için SHS, SP ve ÜTÖ ile derinlemesine mülakatlar yapılmasına karar verilmiştir. Bu bakış açısı ve seçilen nitel tasarıya uygun olarak araştırma örneklemini oluşturan bireylerin araştırılan konuyla ilgili yaşanmış deneyimlere sahip olmaları kriteri belirlenmiştir.

Çalışmada örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek örneklem seçme stratejisi ile eşit derecede önemli verilmesi gereken bir karardır. Nitel araştırmalarda çalışılan birey hakkında detaylı geniş bilgilerin edinilmesi örneklem büyüklüğüne karar vermede genel bir kural olarak kabul edilmektedir (Creswell, 2005). Ayrıca farklı yazarların tasarımlarda kullanılması düşünülen örneklem sayısı hakkında farklı rakamlar önerdiği görülmektedir (Creswell, 2019; Başkale, 2016; Punch, 2016; Merriam, 2015). Amaçlı örneklemede örneklemin büyüklüğü bilgiler göz önünde bulundurularak belirlenir. Eğer amaç bilgiyi arttırmaksa seçim örneklem birimlerinden yeni hiçbir bilgi elde edilemediğinde son bulur (Merriam, 2015). Bu sebeple araştırmada net bir örneklem sayısı belirlenmemiş yukarıda bahsedilen genel kurala uygun olarak SHS ile 7, ÜTÖ ile 5 ve sSP ile 7 kişi olmak üzere toplamda 19 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşılan örneklem büyüklüğünde yeni bir bilgi elde edilemeyeceğine kanaat oluştuğunda görüşmelere son verilmiştir.

2.3. Veri Toplama Süreci

Nitel araştırmaların önemli görülen üstünlüklerinden birisi aynı çalışmada çoklu veri kaynaklarının kullanılmasına imkan sağlamasıdır (Creswell, 2019). Bu veri kaynakları doğrudan kişiler ile görüşerek elde edilebildiği gibi gözlem ve ikincil veriler ile de elde edilebilmektedir. Bu çalışma kapsamında araştırmanın amacına ve tasarısına uygun olarak mülakatlardan veriler toplanmıştır.

2.3.1. Mülakatlar

Nitel araştırma yöntemlerinde en önemli veri kaynaklarından birisi mülakatlardır (Yin, 2003). Çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen katılımcılar ile mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Araştırma sorularına ithafen belirlenen üç farklı boyutta gerçekleşen mülakatlar SHS ile ortalama 84 dakika; ÜTÖ ile ortalama 55 dakika ve SP ile ortalama

54 dakika sürmüştür. Covid-19 pandemisi ve sosyal mesafe kuralları dikkate alınarak görüşmelerin online olarak gerçekleştirilmesine özen gösterilmiştir. Ancak politikacılar ile yapılan mülakatların üçü (SP 5-6-7) katılımcıların isteği üzerine yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Mülakatlar Kasım 2020 ile Mart 2021 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

2.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın kapsamında katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmış, katılımcıların gizlilik ve anonimliğine dikkat edilmiş ve 15/09/2020 tarih ve 61923333/050.99/ sayılı yazıları ile Sakarya Üniversitesi Etik Kurulundan etik yönden uygunluk izni (Ek-5) alınmıştır.

2.4.1. Bilgilendirmiş Onam

Katılımcılara araştırmaya katılmadan önce araştırmanın önemi ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmak isteye bağlı olarak gerçekleşmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara e-posta üzerinden konu hakkında bir giriş mektubu hazırlanmıştır. Bu mektup içerisinde konunun önemi, amacı ve bilgilendirilmiş onam formu yer almaktadır (Ek-4). Bilgilendirilmiş onam formu içerisinde kısaca araştırmanın adı, amacı, verilerin toplama yöntemi ve süreci, katılımcıları seçme süreci, potansiyel riskler ve faydaları, gönüllü rızaları ve gizlilik hakkında bilgiler yer almaktadır.

2.4.2. Gizlilik ve Anonimlik

Anonimlik araştırmaya katılan katılımcıların kimliği hakkında mahremiyeti koruma eylemi olarak tanımlanmaktadır. Gizlilik ise halktan gizlenen katılımcılar tarafından sunulan açıklanmış bilgilerin korumasını içermektedir (Berg ve Lune, 2019). Gizlilik ve anonimlik konusunda dikkat edilmesi gereken husus, gizli bilgileri toplarken bu bilgilerin uzun erimli kullanılabileceğinin, kamusal arşivlerde saklanabileceğinin ve diğer araştırmacılar tarafından da kullanılabileceğinin unutulmamasıdır (Naidu, 2018). Bununla birlikte nitel araştırmalarda anonimlik ve gizlilik daha kritik bir öneme sahiptir ve sağlanması daha zordur. Az sayıda kişiyle ayrıntılı olarak görüşme yapılması, özellikle etnografik araştırmalarda kişi ve ortama ilişkin daha fazla bilgi sunulması gizlilik ve anonimliği daha önemli hale getirmektedir (Macleod ve Mnyaka, 2018). Bu çerçevede bakıldığında nitel araştırmalarda katılımcılar araştırmacılar tarafından tanındığı için

anonimlik sağlama problem olacağından gizlilik daha önemli hale gelmektedir ve araştırmacı, katılımcı bilgilerinin gizliliğini sağlanması konusunda daha hassas davranmalıdır (Şahinoğlu ve Bebek, 2018).

Bu araştırma sırasında katılımcıların anonimliği ve gizliliği korunacağı kendilerine ifade edilmiştir. Gizlilik ve Anonimliği sağlamak adına araştırmada katılımcıların isimleri yerine içerisinde bağlı oldukları kategorileri temsilen (Sağlık hizmet sunuları 1, Sağlık hizmet sunuları 2 gibi) birer ad verilmiştir. Ayrıca kendileri ile ilişkilendirilebilecek olan güncel pozisyonları verilememiştir.

2.5. Araştırmanın Güvenvericiliği

Nitel araştırmaların geçerliliğinin önemi, tanımı ve geçerlilik oluşturma sürecine ilişkin pek çok perspektif ile karşılaşmaktadır (Creswell, 2019; Merriam, 2015; Lincoln, Lynham ve Guba, 2011; Guba ve Lincon, 1982). Creswell (2019) bu perspektiflerin bir kısmına yer verdiği kitabında perspektiflerin nitel geçerliliği nicel değerler bakımından incelendiğini, nicel terimlerden farklı olan nitel terimlerin kullanıldığını, post-modern ve yorumlayıcı perspektiflerin birleştirildiğini veya mecazen bir kristal gibi görselleştirildiğini ifade etmektedir. Guba ve Lincoln (1982) nitel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlikten ziyade güvenvericilik (*trustworthiness*) olmasını gerektiğini ifade etmektedir. Literatür incelediğinde orijinal kavram “*trustworthiness*” olarak ifade edilse de ulusal literatürde kavram inandırıcılık ve güvenvericilik (Başkale, 2016; Coşkun, 2015) gibi farklı şekillerde ifade edilmektedir. Bu çalışma kapsamında kavram güvenvericilik olarak ele alınmaktadır. Güvenvericilik “bilimsel bilginin elde edilmesinde gerekli olan sistematikliğin sağlandığının” bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bir nitel araştırmanın güvenvericiliğini sağlanması için kabul gören kriterler (inanılrlık / *credibility*, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve aktarılabilirlik / *transferability*) belirlenmiştir (Başkale, 2016). Kriterlere ilişkin olarak belirlenen Türkçe kavramlarda da bir fikir birliğinin olmadığı görüldüğünden kavramları orijinal dilinde olan versiyonları ile beraber paylaşılacaktır. Ayrıca bu kriterlerin sağlanması adına araştırmacı birden fazla strateji izleyebilmektedir (Creswell, 2019; Başkale, 2016). Bu stratejiler araştırmacını izlediği nitel araştırma tasarısına göre farklılaşabileceği gibi araştırdığını konuya özgü olarak da değişebilmektedir.

“İnanılrlık (*credibility*)” kriterinin sağlanmasında, ölçüm aracının ölçmeyi vaat ettiği olguyu ölçmesi, örneklem belirlemede kullanılan stratejilerin uygunluğu ve toplanan

verilerin doğruluğunun tespiti önemlidir (Merriam, 2015; Lincoln ve Guba, 1985; Guba, 1981). Bu sebeple araştırma kapsamında izlenen inanılırlık boyutu üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar, uzun süreli etkileşim, katılımcı teyidi ve uzman/denetçi incelemesidir. İlk izlenen strateji, derinlemesine mülakat yapılan bireyler ile gerektiğinde birden fazla kez görüşme yapılmış olmasıdır. Ayrıca, katılımcıların kendilerinin rahat ve güvende hissedecekleri ortamın ayarlamasına dikkat edilmiştir. Bu sayede araştırmacı ile veri kaynağını arasında oluşturulan etkileşimin geniş bir zamana yayılması sağlanmıştır. İkinci izlenen strateji katılımcı teyididir. Mülakat görüşmelerinden sonra çıkartılan kod ve temalar her bir görüşmeciye sunulmuş ve yapılan analizi yorumlamaları istenmiştir. Tablo 5’te katılımcılara ait kod ve temalara ilişkin görüşler yer almaktadır. Ayrıca aynı tablo içerisinde katılımcı yorumlarına ilişkin olarak ne şekilde bir eyleme geçildiği kısaca açıklanmaktadır. Buna göre oluşturulan kod ve temalar konusunda olumlu dönüş alınmayanlar, araştırmacı ve iki uzman tarafından incelenmiş ve analiz tekrarlanmıştır.

Tablo 5: Katılımcı doğrulaması Yorumları

Katılımcı	Yorum	Gerçekleştirilen Eylem
SHS 1	Uygundur	İşlem yapılmadı
SHS 2	Uygundur	İşlem yapılmadı
SHS 3	Uygundur	İşlem yapılmadı
SHS 4	Uygundur	İşlem yapılmadı
SHS 5	Uygun değildir	İkinci bir görüşme sağlanıp, yanlış anlaşılmalara giderilmiştir.
SHS 6	Uygundur	İşlem yapılmadı
SHS 7	Uygundur	İşlem yapılmadı
ÜTÖ 1	Uygundur	İşlem yapılmadı
ÜTÖ 2	Uygundur	İşlem yapılmadı
ÜTÖ 3	Uygundur	İşlem yapılmadı
ÜTÖ 4	Uygundur	İşlem yapılmadı
ÜTÖ 5	Uygundur	İşlem yapılmadı
SP 1	Uygundur	İşlem yapılmadı
SP 2	Görüş alınamamıştır	İşlem yapılmadı
SP 3	Görüş alınamamıştır	İşlem yapılmadı
SP 4	Uygundur	İşlem yapılmadı
SP 5	Uygundur	İşlem yapılmadı
SP 6	Uygundur	İşlem yapılmadı
SP 7	Uygundur	İşlem yapılmadı

İnanılırlık kriterinde son izlenen strateji ise uzman/denetçi incelemesidir. Araştırma tasarısından verilerin analizine kadar olan tüm süreçlerde tez izleme komitesi tarafından

araştırma kapsamında izlenen stratejiler değerlendirilmiştir. Ayrıca, tez izleme süreçlerine dahil olmayan dışarıdan bir denetçi tarafından araştırma aşamaları, görüşmeler ve analiz incelenerek geri dönüşler alınmıştır. Son olarak bu boyut çerçevesinde araştırmacı dışında dış denetçinin toplanan verileri analiz etmesi istenmiştir. İki analizin sonuçları karşılaştırılarak ortaya çıkan farklılıklar ve benzerlik tespit edilmiştir.

Güvenilebilirlik nitel bir araştırmada iç geçerliliği sağlamada kullanılan stratejilerden birisidir. Çalışma kapsamında uygulanan güvenilebilirlik stratejisi ise araştırmacı üçgenleme ve veri toplama süreçlerine uygun ve yeterli katılım olarak belirlenmiştir. Hem tez izleme komitesi hem de bağımsız bir araştırmacı tarafından tezin tasarımı, örneklem belirlemesi, veri toplama yöntemi, analizi ve sonuçları denetlenmiştir. Denetlemeler sırasında ortaya çıkan ikilikler tekrar gözden geçirilerek ve tartışılarak revize edilmiştir. Görüşmeler kısmında yer alan her bir paydaş grubu için yeterli katılımın sağlandığı denetçi ve uzman araştırmacılar ile tartışılmış ve yeterli katılım sağlandığına karar verilmiştir.

Onaylanabilirliğin sağlanmasında araştırmacı öncelikle topladığı tüm verileri video kayıt ve ses kayıt cihazı ile kaydını sağlamıştır. Verilerin toplanması ve analiz edilmesi süreçleri doğrudan alıntılama kullanılarak yoğun betimlemeler olması sağlanmıştır. Son olarak denetçi araştırmacı tarafından tüm araştırma denetlenerek araştırma önyargılarından kaçınılması sağlanmaya çalışılmıştır.

Aktarılabirlik kriterinin sağlanması için araştırma kapsamında amaçlı örnekleme ve ayrıntılı betimlemeler yapılmıştır.² Burada analiz sonucunda ortaya çıkan her bir kod ve tema mümkün olduğu ölçüde verinin doğasına sadık kalınarak yoğun ve ayrıntılı betimlemeler yapılmasına özen gösterilmiştir. Bu sebeple her bir kod ve tema için katılımcıların doğrudan alıntılarına yer verilmiştir. Ayrıca analiz sonunda ulaşılan kod ve temalar tanımlanmıştır.

Tablo 6’da araştırma aşamalarında (araştırma tasarımı, veri toplama, verilerin analizi ve bulgular) hangi güvenvericilik kriterlerinin ne şekilde uygulandığına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

² Amaçlı örneklemenin stratejisi ve örneklem belirleme aşaması araştırmanın Örneklem Stratejisi ve Örneklem Belirleme başlığı altında ayrıntılı olarak ele alındığından burada tekrar edilmemiştir. Ayrıntılı betimleme ise araştırmanın bulgular kısmında yer aldığı şekli ile sunulmuştur.

Tablo 6: Araştırmanın Güvenvericilik Boyutuna İlişkin İzlenen Kriterler

Kriterler	Araştırma Tasarımı	Veri Toplama	Verilerin Analizi ve Bulgular
İnanılrlık	- Araştırmacı Üçgenleme - Dış Denetim	- Uzun sürelik atılım ve sürekli gözlem - Katılımcı teyidi - Araştırmacı Üçgenleme	- Katılımcı teyidi - Araştırmacı Üçgenleme
Güvenilebilirlik	- Araştırmacı Üçgenleme	- Veri toplama süreçlerine uygun ve yeterli katılım	- Araştırmacı Üçgenleme - Dış Denetim
Onaylanabilirlik	-	- Görüşmelerin kayıt altına alınması	- Doğrudan alıntılama - Kodlayıcılar arası görüş birliği
Aktarılabilirlik	- Amaçlı örnekleme		- Doğrudan alıntılama - Ulaşılan kategori ve temaların tanımlanması

2.6. Araştırmanın Analiz Süreci

Bu aşamada mülakatlardan elde edilen video ve ses kayıtlarının hangi aşamalardan geçerek analiz edildiği; başka bir ifade ile süreç içerisinde mülakatların nasıl veri tabanına dönüştürüldüğü, ne şekilde kodlama yapıldığı ve temalaştırıldığı üzerinde durulmaktadır.

2.6.1. Verilerin Deşifre Edilmesi ve Kodlanması

Araştırmanın analiz sürecinin ilk adımı bir veri tabanı oluşturmaktır. Veri tabanı oluşturma süreci mülakatların yazıya aktarılması ve bir dijital kopyasının elde edilme sürecini oluşturmaktadır. Bu süreçte 1247 dakikayı bulan bir ses ve görüntü kayıtları araştırmacı tarafından tekrar tekrar dinlenerek yazıya aktarılmıştır. Ses ve video kayıtlarında anlaşılmayan kısımlar görüşme yapılan kişiler ile tekrar görüşülüp anlaşılmayan ya da yanlış anlamaya sebep olabilecek kısımların giderilmesi sağlanmıştır (Tablo 3).

İkinci adım olarak hazırlanan veri tabanının yavaş yavaş okunup bireylerin söyledikleri ile araştırma soruları arasında bağlantı kurulmaya çalışılmıştır. Veri tabanı hakkında genel bir anlayışa sahip olunduğunda veri kodlama süreci başlatılmıştır.

Elde edilen metinlerin kod ve temalara ayrılma sürecinde farklı yöntemlere rastlanmaktadır (Taylan, 2011; Vaismoradi, Turunen ve Bondas, 2013). Literatürde bu yöntemlerin birbirlerinin yerine kullanıldıkları da görülmektedir (Breakwell et al.,2020; Sandelowski & Leeman, 2012). Farklı analiz tekniklerini birbirlerine göre avantajları ve dezavantajları olmasına rağmen bu çalışma kapsamında içerik analizi tercih edilmiştir. Bunun sebebi içerik analizinin metni analiz etmek için kullanılan bir dizi farklı strateji

için kullanılan genel bir yaklaşım olmasıdır (Breakwell et al., 2020). İçerik analizi kullanılan kelimelerin eğilimlerini ve kalıplarını, sıklıklarını, ilişkilerini ve iletişim yapılarını ve söylemlerini belirlemek için büyük miktarda metinsel bilgiyi araştırmak için kullanılan sistematik bir kodlama ve sınıflandırma yaklaşımıdır (Hsieh ve Shannon, 2005). Burada amaç, belgenin içeriğinin özelliklerini kimin neyi, kime, nasıl ve niçin söylediğini inceleyerek açıklamaktır (Bloor ve Wood, 2006). İçerik analizi kendi içerisinde geleneksel, yönlendirilmiş veya özetleyici yaklaşım olarak üç farklı şekilde incelenmektedir (Hsieh ve Shannon, 2005). Her üç yaklaşım da metin verilerinin içeriğinden anlamı yorumlamak için kullanılmaktadır. Yaklaşımlar arasındaki temel farklar, kodlama şemaları, kodların kökenleri ve güvenilirliğe yönelik değişikliklerdir. Geleneksel içerik analizinde, kodlama kategorileri doğrudan metin verilerinden türetilir. Yönlendirilmiş içerik analizinde kodlara rehberlik edecek bir teori veya ilgili araştırma bulgularıyla başlamaktadır. Özetleyici içerik analizi ise genellikle anahtar kelimelerin veya içeriğin sayılmasını ve karşılaştırılmasını ve ardından temel bağlamın yorumlanmasını içermektedir (Schreier, 2019; Percy, Kostere ve Kostere, 2015).

2.6.2. Temaların Belirlenmesi

Bu araştırmada verilerin analizi öncelikle temalara, daha sonra da temalardan kodlara doğru gerçekleştirilmiştir. Analizde öncelikle literatür incelemesi çerçevesinde oluşturulan temalar kullanılmıştır (Tablo 4). Daha sonra verilerden temalara giden kod ve kategorilerin olup olmadığına bakılmış ve belirlenen temalar analize dahil edilmiştir. Belirlenen temalar tezin bulgular kısmında ayrıntılı olarak anlatılacağından burada sadece temaların belirlenme süreci üzerinde durulmaktadır.

Verilerin hazırlanma ve analizinin veri toplama süreci ile eş zamanlı olarak yapılmasına özen gösterilmiştir. Bu yöntemin tercih edilmesinin sebebi, araştırma sorularında eksik kalan veya atlanan bir hususun olup olmadığını belirlemeye ve ihtiyaç duyulması halinde aynı katılımcılar ile ikinci görüşmelerin yapılmasına imkan vermesidir.

Verileri kodlama süreci katılımcıların ne söylediğine karar verme ve metnin bir bölümüne kod etiketi atamayı içermektedir. Veri tabanı sistematik olarak organize edilmiş, tanımlanmış, kodlanmış ve benzer örüntüler ve temaları ortaya çıkarmak üzere sınıflandırılmıştır. Daha sonra benzer kodlar birtakım ayıklama ve birleştirme işlemleri yapılarak nihai temaların elde edilmesi sağlanmıştır. Analiz sürecinde “Araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği” başlığı altında belirtilen stratejiler uygulanmıştır. Bu süreç

aynı metni bir dış denetçinin ve birde tez danışmanın metni incelemesi ve benzer ve farklı kodları belirleme sürecidir. Burada ortaya çıkan farklılıklar tartışılarak nihai temalar ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca, her bir görüşmeciden elde edilen veriler tekrar görüşmecilere gönderilmiş ve elde edilen kod ve temalar hakkında yorumları istenmiştir. Her bir görüşmecinin yorumları değerlendirilmiştir. Uygulanan analitik stratejiler Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7: İzlenen Analitik Stratejiler ve Uygulamaları

Analitik Stratejiler	Uygulamalar
Taslak Fikirler Oluşturma	- Her bir görüşme sonrasında literatüre ve görüşmeye ilişkin fikirler ve not oluşturma süreci
Kodların Belirlenmesi	- Kodları hatırlatıcı notlar yazılmıştır.
Kodların Temalara İndirgeme	- Dikkat çeken tema ve kodlar belirlemiştir.
Kodların frekansını hesaplama	- Her bir kod, tema ve kategorinin frekanslarını tespit edilmiştir. Her bir görüşme grubu için ayrı ayrı kontrol edilmiştir.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Bu bölüm çerçevesinde katılımcıların özellikleri ve araştırma sorusuna cevap vermek amacıyla toplanan verilerin analizlerinden elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırma sorusunun alt sorularına ilişkin tema ve kodlar, her bir alt soru için oluşturulmuş ve farklı kategorilerde yer alan değerlendirmeler ayrı ayrı incelenmektedir.

3.1. Katılımcıların Özellikleri

Araştırma kapsamında amaçlı örneklem yönetimi kullanılarak SHS, ÜTÖ ve SP'ye ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılan nihai örneklem ve katılımcılara ilişkin bilgiler Tablo 8'de yer almaktadır. SHS'den toplam yedi kişi ile görüşülmüştür. Bu görüşmecileri seçerken uzmanlık alanları ve görev süreleri dikkate alınmış ve DTSH ile ilişkileri incelenmiştir. ÜTÖ kendi içerisinde iki alt kategoriye sahiptir. Bunlardan ilki özel sağlık sigorta şirketleri ve diğeri ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dur. Özel sağlık sigortalarından örneklem belirleme aşamasında katılımcıların sektörde görev yaptığı toplam süre ve bu sürenin ne kadarında üst düzey yönetici olarak görev yaptıkları dikkate alınmıştır. Bu aşamada özellikle ilk özel sigorta kurucularından birisi ve Türk sigortacılar derneği yöneticileri ile görüşmek konuyu anlama ve anlamlandırmada katkı sağlamıştır. Bu aşamanın ikinci kısmını SGK oluşturmaktadır. SGK temsilcilerinin seçiminde öncelikle ilgili departmanlar (Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü) ile görüşmeler sağlanmıştır. SGK'da yapılan görüşmeler sağlandıktan sonra 2019 yılında değer temelli satın alma üzerine kurumun bir eğitim programı ve rapor hazırladığı anlaşılmıştır. Bu raporun hazırlanması aşamasında aktif üst düzey görev alan bireylerin çalışmaya katılımı sağlanmıştır. Son olarak SP ile görüşme sağlanmıştır. Görüşmecilerin belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı'nda üst düzey bürokratlar olmalarına ve DTSH ile ilişkili görev ve sorumluluklarının olmasına özen gösterilmiştir. Her bir görüşmecinin kişisel bilgilerini korumak ve araştırmaya katıldığı için zarar görmesini önlemek adına özellikle çalıştıkları birim isimleri paylaşılmamıştır.

Tablo 8: Katılımcılara İlişkin Bilgiler

Kodlar	Görüşülen Kişiye İlişkin Bilgiler
SHS 1	- Uzman Hekim - 10 yıldır hekim olarak çalışmakta olup; 5 yıldır uzman olarak görev yapmaktadır.
SHS 2	- Uzman Hekim - 1 yıla yakın yurt dışında (İtalya) görev almış
SHS 3	- Uzman Hekim - Halen sağlık hukuku üzerine doktora yapmaktadır.
SHS 4	- Pratisyen Hekim - 2 yıldır görev yapmaktadır.
SHS 5	- Uzman Hekim - 3 yıldır uzman hekim olarak çalışmaktadır.
SHS 6	- Pratisyen Hekim - Hastanede acil servis hekimi olarak çalışmaktadır.
SHS 7	- Uzman Hekim - 6 yıldır uzman hekim olarak çalışmaktadır.
ÜTÖ 1	- Özel sağlık sigortasında genel müdür pozisyonunda çalışmaktadır - 20 yılı aşkın sektör deneyimi mevcuttur.
ÜTÖ 2	- Türkiye'nin ilk özel sigorta kurucularındandır. - 30 yıl sektör deneyiminin sahiptir.
ÜTÖ 3	- Türk sigortacılar derneği üst düzey yöneticisi - Vakıf Üniversitelerinde sigortacılık dersleri vermektedir.
ÜTÖ 4	- SGK'da 20 yıldır çalışmaktadır. - 2019'da değer temelli satın alma projesinde aktif rol almıştır.
ÜTÖ 5	- SGK'da 10 yılı aşkın çalışmaktadır. - 2019'da değer temelli satın almak projesinde aktif rol almıştır.
SP 1	- Eski Sağlık Bakanı Müşaviri - Eski Kamu hastaneler Kurumu Başkan Yardımcısı - Yeni görev/leri paylaşılmamıştır.
SP 2	- Eski- İzleme ve Değerlendirme Koordinasyon Birimi Direktörü - Eski Proje Uygulama Birimi Direktörü - Yeni görev/leri paylaşılmamıştır
SP 3	- Eski Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi ve İyileştirme Bölüm Başkanı - Eski Kamu Hastaneleri Kurumu Danışmanı - Yeni görev/leri paylaşılmamıştır
SP 4	- Eski Genel Müdür Yrd.(Akreditasyon, Kalite, Klinik Kalite, TİG) - Eski Genel Müdür Yardımcısı (Kalite, performans ve SGK uygulamalarından Sorumlu) - Eski Performans, Kalite ve Geri Ödeme Uzmanı - Yeni görev/leri paylaşılmamıştır
SP 5	- SB 6 yıldır üst düzey görev yürütmektedir. - Tıp ve Sağlık yönetimi mezunu - Doktorasını Tıbbi enformatik üzerine gerçekleştirmiştir. - Yeni görev/leri paylaşılmamıştır
SP 6	- SHGM Sağlık İstatistikleri Daire Başkanlığında çalışmaktadır. - Yeni görev/leri paylaşılmamıştır
SP 7	- Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığında çalışmaktadır - Yeni görev/leri paylaşılmamıştır

3.2. Verilerin Sunumu

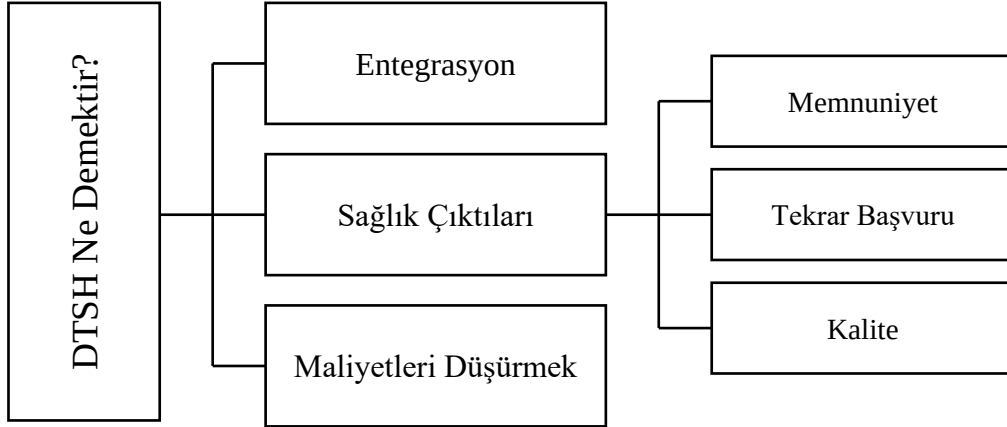
Araştırma sorusu ve alt sorular aşağıda yer almaktadır. Çalışmada araştırmanın temel sorusuna cevap vermek amacıyla alt sorulara katılımcıların cevaplarının analizi sonucunda elde edilen bulgular verilmektedir. Bu bölümde ayrıca, araştırma sorusuna ilişkin olarak ortaya çıkan her bir tema ve alt kategoriye ait katılımcı yorumları, doğrudan kendi ifadelerinin yer aldığı tablolar, araştırma sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları da sunulmaktadır. Katılımcı yoğunlukları dışında araştırma sorularına ilişkin yorum frekansları da Tablo 9’da görülmektedir. Tüm katılımcılardan tema ve alt kategorilerine ilişkin toplam 612 görüş alınmıştır. Tabloya göre DTSH tanımlamasına ilişkin en çok öneriyi SP’lerin oluşturduğu (103) görülmektedir. SP’ler bu noktada daha çok maliyetleri düşürmek ve sağlık çıktıları üzerine yoğunlaşmaktadırlar. DTSH niçin gereklidir sorusuna ise en fazla SHS’ler (49) katkı vermiştir. SHS’ler en çok üzerinden durdukları konu ise mevcut sistemin anlık çözümler sunmasıdır. DTSH nasıl gerçekleştirebilir sorusuna ise en fazla katkının SP’ları (52) tarafından verildiği görülmektedir. SP’ları bu noktada sistemi destekleyecek kurumların varlığından bahsetmişlerdir. DTSH nasıl ölçülür için ise en fazla katkıyı SP’ları (25) yapmıştır. Ölçüm ile ilişkili olarak sağlık çıktıları ve maliyetler ön plana çıkmıştır. Son olarak DTSH paydaşları kimler olmalıdır sorusuna ise ÜTÖ (35) ve SP’lerin (41) yüksek katılım sergiledikleri görülmektedir.

Tablo 9: Temalara ilişkin Katılımcı Yorum Frekansları

		SHS	ÜTÖ	SP
DTSH Ne Demektir?	Maliyetleri Düşürmek	35	16	47
	Entegrasyon	3	4	21
	Sağlık Çıktıları	50	12	35
DTSH Niçin Gereklidir?	Bütüncül bakışım olmaması	15	1	10
	Anlık Çözümler Sunması	23	8	11
	Sürdürebilirlik	2	4	10
	Yükselen Maliyetler	3	4	10
	Sağlık Hizmeti Sunum Problemleri	6	2	6
DTSH Nasıl Gerçekleştirilebilir?	Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürü	12	4	6
	Bütünleşik Uygulama Birimleri	6	3	5
	Destekleyecek Kurumlar	8	8	24
	Yeni Sistem Tasarımı	6	3	12
	Gözlem ve Önleme	7	2	5
DTSH Nasıl Ölçülür?	Sağlık Çıktıları	14	5	13
	Maliyet	5	8	12
DTSH Paydaşları Kimlerdir?	SGK	4	5	5
	STD	1	4	8
	Hizmet Sunucuları	5	6	4
	Tıbbi Dernekler	6	1	8
	Politikacılar	13	14	13
	Özel Sağlık Sigortası	1	5	3
Toplam		213	140	259

3.2.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Ne demektir?

Bu araştırma sorusunda kullanılan tema ve alt temalar daha önce de vurgulandığı gibi literatür incelemesinden yararlanarak belirlenmiştir. Fakat entegrasyon temaları çalışmanın verileri incelenerek temalaştırılmıştır. Toplamda bu soruya yönelik olarak üç ana tema belirlenmiştir. Şekil 8’de ana temalar ve kategorileri görülmektedir. Şekilde görüldüğü gibi, maliyetleri düşürme ve entegrasyonun kategorileri bulunmamakta; ancak sağlık çıktılarının kalite, memnuniyet ve tekrar başvuru kategorileri belirlenmiştir. İlgili tema ve kategoriler aşağıda tartışılmaktadır.



Şekil 9: DTSH Ne Demektir Sorusuna İlişkin Tema ve Kategoriler

3.2.1.1. Entegrasyon

Entegrasyon kavramını tanımlarken katılımcıların bir kısmı, SHS ve paydaşlar ile yakın işbirliğinin olması gerektiğini; eğer bu mümkün olmaz ise kavramın eksik kalacağını ifade etmişlerdir.

SHS1 ve SHS3 mevcut yapının da değere dönük yapının da sadece bir hekim veya bir sağlık kuruluşu ile gerçekleştiremeyeceğini ifade etmektedir. SP1, SP3 ve SP7 de benzer bir şekilde sağlık hizmetinin mevcut sunumunda kopukluklar olduğunu ifade etmektedir. Bunların bütünleşmesi ile değer yaratılabilir. Örneğin bu konuda SP1 “*Sağlık sisteminde yer alan tüm seviyelerinde sistemi bütünleşik hale getirmek gerekmektedir*” şeklindeki ifadesi ile entegrasyonun önemini vurgulamaktadır.

Bazı katılımcılar ise kavramdan daha çok kavrama ilişkin bir sistem tasarımı önermektedir. Bu sistem tasarımı içerisinde SHS, ÜTÖ ve SP’nin entegre olması yer almaktadır (ÜTÖ1, ÜTÖ3). ÜTÖ 1 bu konuda, “*Bakın biz hastaların sağlık sigortalarını sağlamak ve olası sağlık sorunlarında ve sonrasında poliçe tutarında sağlık hizmeti almasına yardımcı olma görevini yerine getirmekteyiz. Poliçelerin miktarı hangi kurumlar anlaşmamız gerektiği ve hizmetin sunumu bizim doğrudan kontrolümüzün dışındadır. Eğer hastaneler ile ya da Sağlık Bakanlığı ile iletişimde olursak bizde değer yaratılmasına ilişkin bize düşen görevleri yerine getirebiliriz.*”

Katılımcıların yaklaşımlarına göre gerek hizmet sunum birimleri arasında gerekse SHS, ÜTÖ ve SP arasında entegrasyon sağlanarak sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi halinde değer yaratılmış olacaktır. Katılımcılar sadece hizmet sunumunun entegrasyonunu değil, aynı zamanda kavramın diğer boyutlarını oluşturan sağlık çıktıları ve maliyetin entegrasyonunu da vurgulamaktadır. Katılımcılara göre, iki kavramın ayrı

ayrı önemi aşıkardır. Ancak değer, bu kavramların entegrasyonu ile DTSH gerçekleşebilir (SP1, SP4, SP5). Bu konuda özellikle SP'nin yoğun bir katılımı dikkat çekicidir.

3.2.1.2. Sağlık Çıktıları

Sağlık çıktıları, bir bireyin veya bir grubun sağlık durumunda müdahaleye atfedilebilecek değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Katılımcı görüşmelerine istinaden sağlık çıktıları kendi içerisinde memnuniyet, kalite ve tekrar başvuru olmak üzere üç kategoride incelenmektedir.

a) Memnuniyet: Hastaların tedavi sürecinde ve sonrasında yaşadıkları tüm süreçlerden memnun olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, DTSH'de olması gereken unsurlar arasında yer almaktadır. Bu unsur özellikle SP'ler (SP 3- 6) tarafından daha önemli bulunmaktadır. SP 3 bu konuda *“En nihayetinde hastaların daha memnun olabileceği bir sistem tasarlamak mevcut olandan daha üst bir sisteme evrilmek gerekir.”* SP 5'de benzer şekilde *“Hastaların tedavi sonrasında izlemleri yapılmalıdır. Bunun için bilgi sistemlerine ilişkin bir takım çalışmalarımız başlamıştır. Bir kısmını e nabız gibi sizler de görebilirken, bir kısmı sizin dışınızda sağlık çalışanlarınca kullanılmaktadır.”*

Katılımcılar değeri, sistemin hastaları daha memnun edebileceği bir noktaya ilerletmesi olarak kabul etmektedir. Bunun içerisinde hastaların beklentileri ve bu beklentilerin karşılanması önemli bir yer tutmaktadır.

b) Tekrar Başvuru: Hastaların aldıkları sağlık hizmetinden kısa bir süre sonra aynı şikâyetlerle tekrar sağlık hizmetlerine başvurma durumudur. Bu durum özellikle SHS tarafından daha fazla önemsenmektedir (SHS 1, 2 ve 5). Katılımcılar bir hekimin ya da sağlık kuruluşunun verdiği sağlık hizmetinin kalitesinin bu yolla ölçebileceğini ifade etmektedirler. SHS 1 bu konuda *“Mevcut sistem içerisinde hastaların ilk tedavilerinden sonra semptomları tekrar etmişse, güven duymamışsa veya birtakım başka nedenlerden tekrar aynı branşa başvurma durumudur. Bu durum aslında verilen sağlık hizmetinin durumunu göstermektedir. Tekrar başvuruları ortadan kaldırmak için gereken sistem değer temelli sağlık hizmetidir.”*

Birçok açıdan maliyet yaratan tekrar başvuru durumu, en nihayetinde sağlık hizmeti alan hastaların ihtiyaçlarının birçok noktada yerine getirilmediğine işaret etmektedir. Katılımcılarından bazıları bu durumun hastanın iyileşememesinden kaynaklandığı için güven duygusunun azalmasına sebep olduğunu ifade etmektedir (SHS 3-7). SHS 3 bu

konuda “Bana aynı gün içerisinde ya da aynı hafta içerisinde gelen birçok hasta oluyor. Bu hastalar genellikle önceden kötü bir deneyim yaşamış hastalar oluyor. yanlış tedavi, yanlış ilaç gibi ya da atlanan bir semptom; ama en çok ona hastalığı ya da tedavisi hakkında bilgi verilmemesinden kaynaklanıldığını düşünüyorum. Sonuç olarak bir şekilde güvensiz oluyorlar, bu sebeple farklı zamanlarda farklı hekimlere aynı şikayetlerinden muayene oluyorlar.”

Bazı katılımcılar ise tekrar başvurunun diğer hastalar ve sistem üzerinde ne şekilde değer düşüklüğü yarattığını ifade etmektedir. Bu katılımcılara göre hastaların tekrar başvuru yapması, sistem süreçleri üzerindeki yükü arttırmaktadır. Böylece yaratılması planlanan değer yaratılamaması riski ortaya çıkmaktadır. Bu durum özellikle tıbbi cihaz vs. ya da hekim sayılarının düşük olduğu yerlerde sağlık hizmetlerine erişimi de engelleyeceği düşünüldüğünde daha da önemli hale gelmektedir (SHS 1 ve 2, SP 3, 4 ve 5, ÜTÖ 1, 4 ve 5).

Örneğim ÜTÖ 4 “Tekrar başvuruların azaltılması diğer hastalar için daha fazla zaman yaratmakta ve hizmet sunumunun değerini arttırmaktadır” şeklinde ifade ederken ÜTÖ 1 “Sistemde tekrar başvurular varsa bu sağlık hizmetinin sunum kalitesinde şüpheleri meydana getirmektedir.” SHS 1 ise “Bazen bir hasta bana gelmeden önce üç hekime gittiğini ifade etmekte ve çözüme kavuşmadığını görmekteyim. Bu hastanın tedavisini geciktirir ve sistemde yığılmalara sebebiyet verir.” şeklinde ifade etmektedir.

c) Kalite: Verilen sağlık hizmeti kalitesini daha yüksek bir seviyeye taşımaları gerektiğini ve Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı (Quality Adjusted Life Year- QALY³)’nı artırıcı yöntemlerin tespitinden bahsetmektedirler. QALY’nin katılımcılar tarafından doğrudan bir tanımlama yapılmasa da doğrudan veya dolaylı olarak sağlık çıktılarında oldukça sık tekrarlandığı görülmektedir.

Katılımcılar özellikle SHS ve SP’ler, sistemin QALY üzerinde kurulan bir sistem olduğunu ve değer sonuçlarını burada aramamız gerektiğini ifade etmektedir. Sağlık sistemleri kendi içerlerinde dönemsel olarak değişimlere ve gelişimlere uğramaktadır. Bu değişimler, sistemin ve zamanın ihtiyaçları göz önünde bulundurularak gerçekleştirilebilir. Uzun zamandır tartışılan bu sistem belki yakın bir zaman aralığında değil ama elbet varılması gereken bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Şuan

³ QALY,” Kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı -, yaşanan yaşamın hem niteliğini hem de miktarını içeren genel bir hastalık yükü ölçüsüdür. Tıbbi müdahalelerin değerini değerlendirmek için ekonomik değerlendirmede kullanılır. Bir QALY, mükemmel sağlıkta bir yıla eşit” olarak tanımlanmaktadır (Şahin, Toprak ve Ünal,2012).

ihtiyacımız, hastalara yaratabileceğimiz daha kaliteli sağlık hizmetidir. En azından standartlara sahip bir sağlık hizmeti vermektir (SHS 1ve 2, SP 3, 4 ve 5, ÜTÖ 1, 2 ve 5). Örneğin SHS1 *“Hizmet sunumunda standartlar şart.”* SP 3 *“Ülkenin her noktasında aynı sağlık hizmetini verildiğini söylemek zor ama alt yapı konusunda çalışıyoruz.”* ve son olarak ÜTÖ 1 *“Coğrafi genişlemenin dışında Amerikan hastanesi ile İstanbul’da her hangi başka bir hastane aynı hizmeti vermiyor, ama zaten fiyatları da buna göre şekilleniyor.”* şeklinde ifade etmektedir.

3.2.1.3. Maliyetleri Düşürmek

Katılımcılar, sağlık hizmet sunumu sürecinde gerçekleştirilen harcamaları toplam maliyetler olarak tanımlamakta ve bazıları sağlık hizmeti verirken daha düşük bir maliyetle gerçekleştirme hedefini vurgulamaktadır. Katılımcıların birçoğu sadece maliyetlere odaklanmamakta aynı zamanda sunulan sağlık hizmetinin çıktıları üzerinde de durmaktadır. Bu durumu entegre kavramı ile ifade etmektedirler (SP1, SP4, SP5).

Kimi katılımcılar ise toplam maliyet yerine birim maliyetlere odaklanmaktadır. Burada çalışmada paydaş olarak belirlenen her gruptan katılımcı görüş bildirmektedir. Buna göre, sağlık hizmetlerinde kullanılan her işlemin önce maliyetleri belirlenmeli ve bu maliyetlerin daha etkin ve etkili kullanılması gerektiği ifade edilmektedir (SHS 3 ve 4, SP 5-7, ÜTÖ 2 ve 3). Örneğin, SHS 4 *“Uygun maliyetli tedavilerin tespit edilmesi gerekmektedir”* derken SP 5 *“Hastaların hizmet başına maliyetleri değil; tüm tedavilerinin maliyetlerini ölçmek ve bu süreçte oluşan maliyetleri azaltmak esas olmalıdır.”*, ÜTÖ 2 *“Birim maliyetleri hesaplaması önemlidir.”* şeklinde konuyu özetlemektedir.

Kimi katılımcılar ise literatür analizinde tartışılan Porter’ın değer tanımlamasını neredeyse birebir vermektedir. Bu durum, katılımcıların konu hakkında önceden rapor hazırlamada ya da konuya ilişkin kurumlarının çalışmalarında görev aldığını veya bireysel araştırmalarının olduğunu göstermektedir (SP 4 ve 7, ÜTÖ 3). Örneğin SP 4 *“Porter’ın tanımlamasında bu şekildeydi sanırım. Değer=kalite/maliyetlerdir. Eğer bu tanımlamayı kabul edersek ki Dünya’da oldukça sık kullanıldığını görüyoruz. Değer yaratmak ya da var olan sağlık hizmet sunumunun değerini arttırmak için ya daha kaliteli hizmet vereceksiniz ya da maliyetleri düşüreceksiniz. Eğer ikisini aynı anda gerçekleştirebilerseniz bu değeri daha da arttıracaktır. Ama çok olası durmadığını söylemem gerekiyor.”*

Katılımcılar gereksiz ve yetersiz sağlık hizmeti sunumu üzerinde de durmaktadırlar. Onlara göre zaman zaman mevcut sistem hastalara eksik veya gereğinden fazla sağlık hizmeti sunmaktadır (SHS 4, SP 3 ve 6, ÜTÖ 5). Bu durum da maliyetleri arttırmaktadır. Tek başına bunların engellenmesi bile sunulan hizmeti değerli hale getirecektir. Örneğin, SP 6 “*Olması gereken sağlık hizmetini verirse maliyetler düşecektir. Ama olması gerekenler nelerdir?*”. SHS 4 ise “*Şikayet edilmemek için her hastaya belirli tetkikleri yaptırıyorum, çoğu zaman gereksiz olduğunu söylemem gerekiyor, ama şuan benden istenen o.*” şeklinde konuya ilişkin görüşlerini ifade etmektedir.

Önemli diğer bir husus, bazı katılımcıların sadece maliyetlere odaklanılmaması gerektiğine ilişkin görüşleridir. Kısaca bu katılımcılar en düşük maliyetli seçenekleri seçmenin değer ile bir ilişkisinin olmadığını hatta zaman zaman maliyetleri düşürmenin değer düşürmek anlamına geldiğini ifade etmektedir. “*Maliyeti düşük seçeneklerde hastalar nelerden ödün vermektedir ve yaşam kalitesi istenilen ölçülerde değişmekte midir?*” (SP5). Katılımcılar bu sorulara ilişkin olarak daha bütünleştirici bir cevap aramaktadır. Bu sebeple katılımcılar, sağlık hizmetlerinin sadece maliyetlerine değil, çıktılarına da odaklanılması gerektiğini ifade etmektedir

Tema ve kategorilere ilişkin katılımcı görüşleri Tablo 10’da yer almaktadır. Görüşleri kategorik olarak belirlenen katılımcılara (SHS, SP, ÜTÖ) göre sınıflandırma yapılmamıştır bunun yerine ilgili tema veya kategoriye en iyi şekilde temsil ettiği düşünölen görüşlere yer verilmiştir.

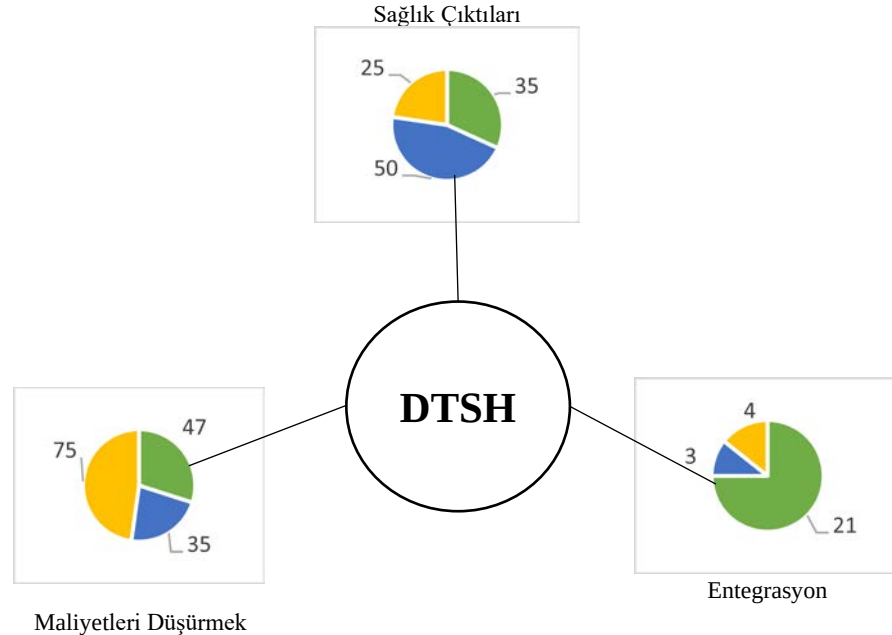
Tablo 10: “Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Ne demektir?” Sorusuna İlişkin Oluşturulan Tema ve Kategorilere ilişkin ifadeler

Tema	Kategori	İfadeler
Maliyetleri Düşürmek		- Tedavinin olması gerekenden daha az veya fazla kullanılmaması (SHS3) - Toplam maliyetleri düşürmek ama bunu yaparken nelerde vazgeçiyoruz (SP5) - Birim maliyetleri hesaplamak (ÜTÖ2) - Her işlem başına maliyetleri bilmek gerekir.(ÜTÖ3) - Maliyet olarak en uygun tedavi yöntemi seçimi (SHS3) - Uygun maliyetli tedavilerin tespit edilmesi (SHS4) - Porter’ın tanımlamasında bu şekildeydi sanırım. Değer kalite bölü maliyetlerdir. Eğer bu tanımlamayı kabul edersek ki Dünya’da oldukça sık kullanıldığı görüyoruz. Değer yaratmak ya da var olan sağlık hizmet sunumunun değerini arttırmak için ya daha kaliteli hizmet vereceksiniz ya da maliyetleri düşüreceksiniz. Eğer ikisini aynı anda gerçekleştirebilerseniz bu değeri daha da arttıracaktır. Ama çok olası durmadığını söylemem gerekiyor. (SP-4) - Hastaların hizmet başına maliyetleri değil tüm tedavilerinin maliyetlerini ölçmek ve bu süreçte oluşan maliyetleri azaltmak esas olmalıdır. (SP5) - Türk toplumunu daha sağlıklı hale getirirken daha az para harcamak (ÜTÖ2) - Olması gereken sağlık hizmetini verirsek maliyetler düşecektir. Ama olması gerekenler nelerdir? (SP6) - Her hasta için hesaplama yapmak (SP7)
	Entegrasyon	- Sistemi bütünleşik hale getirmek (SP1) - Birbirinden kopuk olan veya görülen sağlık hizmetlerinin bütünleştirmek gerekmektedir (SP4) - Özellikle yaşlanan nüfus için sağlık hizmetlerini evde bakım sağlık merkezleri koordinasyonu içerisinde entegre etmek (SP5) - Sağlık sisteminde yer alan tüm seviyelerinde (SP1) - Hasta-klinisyen etkileşimi, sağlık hizmeti birimi, organizasyon, topluluk ve ülke(SHS4) - Maliyet ve kalitenin birleşimi ikisine de gereken önem verilmelidir. - Kalite yaratırken maliyetleri kontrol etmek (ÜTÖ3) - Hizmet sunumunda alternatif maliyetleri gözetmek (ÜTÖ5)
Sağlık Çıktıları	Memnuniyet	- Tedavinin toplam maliyetine göre, hastalar için ulaşılabilinen en iyi sağlık kazanımı (SHS2) - Tedavinin seçimindeki uygunluk (SP5) - Hastayı memnun etmek (SHS1) - En nihayetinde hastaların daha memnun olabileceği bir sistem tasarlamak (SP3)
	Kalite	- Kaliteli yaşam yılını arttırmak amacıyla kurulan sistem (SHS1) - Hastalar üzerinde hastalık yükünü azaltmak (SHS3) - Sunulan sağlık hizmetinin faydasını arttırmak (SP6) - Hastalar için QALY kazanmak (SP7) - Hasta sağlık sonuçlarını iyileştirmeye odaklanan değer (ÜTÖ1) - Kaliteli sağlık hizmetlerinin genellikle girdilere ve süreç uyumluluğuna odaklanılmasının sağlanması (SP2) - Daha verimli olacağına inanıyorum. Asıl olması gereken sağlık hizmeti budur. (SHS5)

Tekrar Başvuru

- Mevcut sistem içerisinde hastaların ilk tedavilerinden sonra semptomları tekrar etmişse, güven duymamışsa veya birtakım başka nedenlerden tekrar aynı branşa başvurma durumudur. Bu durum aslında verilen sağlık hizmetinin durumunu göstermektedir. Tekrar başvuruları ortadan kaldırmak için gereken sistem değer temelli sağlık hizmetidir.(SHS1)
- Önemli bir kalite belirleme ölçüsüdür. (SP6)
- DTSH tekrar başvuruları azaltacaktır.(SHS2)
- Tekrar başvuruları azaltarak diğer hastalar için daha fazla zaman yaratmakta ve hizmet sunumunun değerini artırmaktadır. (ÜTÖ4)
- Sistemde tekrar başvurular varsa bu sağlık hizmetinin sunum kalitesinde şüpheleri meydana getirmektedir. Bazen bir hasta bana gelmeden önce üç hekime gittiğini ifade etmekte ve çözüme kavuşmadığını görmekteyim. Bu hastanın tedavisini geciktirir ve sistemde yığılmalara sebebiyet verir. (ÜTÖ1)
- Bana aynı gün içerisinde ya da aynı hafta içerisinde gelen birçok hasta oluyor. Bu hastalar genellikle önceden kötü bir deneyim yaşamış hastalar oluyor yanlış tedavi yanlış ilaç gibi ya da atlanan bir semptom ama en çok ona hastalığı ya da tedavisi hakkında bilgi verilmemesinde kaynaklandığını düşünüyorum. Sonuç olarak bir şekilde güvensiz oluyorlar bu sebeple farklı zamanlarda farklı hekimlere aynı şikayetlerinden muayene oluyorlar (SHS3)

Şekil 10'da örneklem belirleme aşamasında kategorilere ayrılan görüşmecilerin ilgili temaya ilişkin görüşlerinin ağırlıkları yer almaktadır. Her bir kategorik örnekleme bir renk atanmış ve ilgili tema da görüş bildirmelerine göre ağırlıklandırılmıştır. Buna göre sağlık çıktıları temasında SHS en fazla görüş bildirmelerine karşılık; maliyetleri düşürme temasında en fazla SP görüş bildirmiştir. Entegrasyon temasında da maliyetleri düşürmek temasında olduğu gibi en fazla görüş SP'den elde edilebilmiştir.

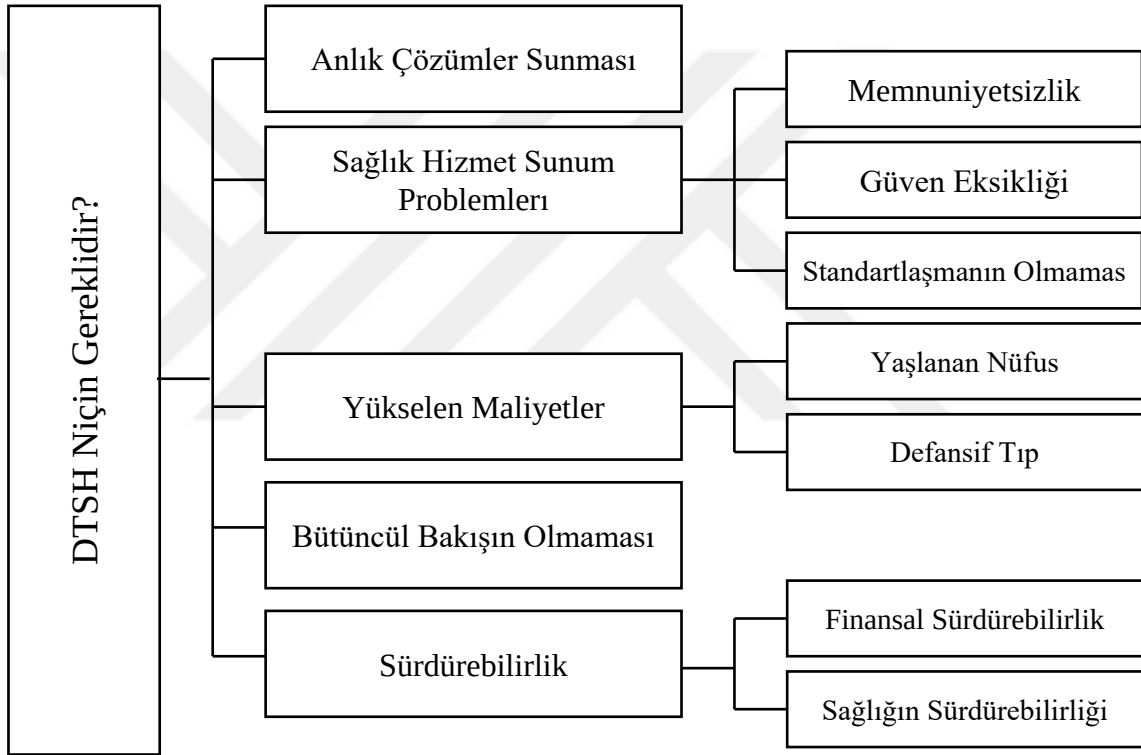


Mavi: SHS
Sarı: ÜTÖ
Yesil: SP

Şekil 10: “DTSH Ne Demektir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları

3.2.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Niçin Gereklidir?

Bu araştırma sorusunda kullanılan tema ve alt temalar literatür incelemesinden yararlanılarak belirlenmiştir. Toplamda bu soruya yönelik olarak beş ana tema belirlenmiştir. Şekil 12’de ana temalar ve kategorileri görülmektedir. Buna göre yükselen maliyetler teması altında yaşlanan nüfus ve defansif tıp; Sürdürebilirlik teması altında sağlığın ve finansmanın sürdürülebilirliği; sağlık hizmet sunum problemleri altında güven eksikliği, memnuniyetsizlik ve standartlaşmanın olmaması yer alırken; anlık çözümler sunulması ve bütüncül bakışın olmaması temalarının alt kategorileri bulunmamaktadır. İlgili tema ve kategorilere ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.



Şekil 12: DTSH Niçin Gereklidir Sorusuna İlişkin Tema ve Kategoriler

3.2.2.1. Anlık Çözümler Sunması

Katılımcıların görüşlerine göre, mevcut sistem hastaların fizyolojilerinde oluşan bozulmaları düzeltmek üzere kuruludur ve anlık olarak çözüm sunmaktadır. Bu durum sistemi zaman içerisinde işlevsiz hale getirmektedir. Katılımcıların bazıları her zaman sağlık hizmetlerinin ilk işlevinin anlık çözümler sunması gerektiği (ki burada hacim ön plana almaktadır), fakat sistemin sadece bu hizmetleri vermesinin sürdürülebilirliğinin sorgulanmasını gerektirdiğini ifade etmektedir (SHS 5-7). Öte taraftan bazı katılımcılar ise sistemin genel kurgusunda bu eksikliğin farkında olduklarını, bu sebeple sağlık

çıktılarında zaman içerisinde (hacim arttıkça) bozulmalar olduğunu ifade etmektedir. Sağlık hizmet sunum merkezlerini bir Mc Donalds dükkanına benzetmekte ve sağlık çalışanlarının hızlıca bir sağlık paketi sunmaya çalıştıklarını ve bu konuda yarıştıklarını ifade etmektedirler (SHS 1, 2 ve 4).

Katılımcılar anlık çözümlerin sunulmasında zaman zaman problemlerin yaşandığını belirtmekte ve bu açıdan sistemi kendini yiyen bir yılan metaforu olarak ifade etmektedir. Şöyle ki, *“Sen sürekli olarak anlık çözümler sunar ve temelde yatan problemleri değiştirmezsen, bugün gönderdiğin hasta yarın yine gelecektir. Evet, bugün ona müdahalede bulunman gerekecek. Yarında bu şekilde olacaktır. Fakat belirli bir gün sonra hepsine yetecek ne zaman ne de yer kalacak. Kuyruğunu yiyen yılanı bilirsiniz. Şu an içinde bulunduğumuz durum biraz da böyle açıkçası.”* (SHS 3).

Katılımcıların hemen hemen hepsi anlık çözümler sunmanın temelde bir problem olmadığını, fakat geliştirilmesi ve takip edilmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Özetle, mevcut sağlık sistemi anlık çözüm üretmek üzerine kurgulanmakta ve bu kurgu değer yaratmamaktadır.

3.2.2.2. Sağlık Hizmet Sunum Problemleri

Katılımcılar mevcut sağlık hizmetlerinin bir takım problemleri olduğunu ve bu problemlerin DTSH ile çözüme kavuşacağını düşünmektedirler (SP 1-7, SHS 1-7 ve ÜTÖ 1-5). Bu problemler, memnuniyetsizlik, güven eksikliği ve standartların olmamasıdır.

a) Memnuniyetsizlik: Hastalara sunulan hizmetten kısmi zamanlı bir memnuniyet elde edilmişken zaman içerisinde yeniden memnuniyetsizlikler ve şikayetler oluşmaktadır. Görüşmeler bu durumu sistem ve sunum problemleri ile ilişkilendirmektedir.

Katılımcıların hastaların zaman zaman birçok memnuniyetsizlikle karşı karşıya kaldıklarını ifade etmektedirler. Bu memnuniyetsizlikler kendilerine doğrudan ve dolaylı olarak yansımaktadır (SHS 1-7). Hastaların doğrudan hizmet sunuculara memnuniyetsizlikler, dolaylı olarak hastane yönetimi, SABİM ve CİMER’e şikayetleri ile sonuçlanmaktadır. Bu şikayetlerin bir geri dönüşü olmadığından ve sistemde değişikliklere sebebiyet vermediğinden memnun kalmayan hastalar memnun kalmamaya devam etmektedir. Burada bazı katılımcılara göre değerden bahsedilmemektedir. Bu değiştirmesi gereken süreçler içerisinde yer almaktadır (SHS 1 ve 3, SP 1ve 5).

b) Güven Eksikliği: Sunulan hizmetin kalitesinin standartlarının olmayışı ve aynı kurum içerisinde bile farklı zamanlarda farklı kalitede hizmet alımı ve yaşanmış olumsuz tecrübeler hastaları güven eksikliğine sürüklemektedir. Bu kategoride SHS'nin diğer kategorilerdeki katılımcılara oranla daha yoğun bir şekilde yorum yaptıkları görülmektedir.

Katılımcılar özellikle SHS kendilerine gelen hastaların aynı branştan ziyaret ettikleri dördüncü ya da beşinci hekim olduklarını ifade etmektedir. Bunun sebebini katılımcıların hastaların SHS'ye olan güvensizlikleri olarak nitelendirmektedirler. Bu mevcut sistem problemleri değer yaratılarak çözüme kavuşabilir. Katılımcılardan biri, hastaların sağlık hizmetlerine ve kendilerine güven duymaları gerektiğini ifade etmektedir. *“Tüm sağlık çalışanlarını elinden geleni yapıyor, ama gün içerisinde kaç tane hasta bakmamız gerektiğini unutmayın. Bazı hekimler bu sayıyı bilinçli bir şekilde de arttırıyor açıkçası. Bu kadar hasta bakınca ister istemez istenmeyen birçok olay olabiliyor. Allaha şükür ben henüz böyle bir olay yaşamadım, ama birkaç kez muhtemel olaylar oldu diyebilirim. Hasta ve yakınları bu tarz olaylar yaşadıklarında ise her gittiği hekimi ve süreci bu şekilde değerlendiriyor. Kısaca güven duymuyor.”* (SHS 7). Bir diğer katılımcı ise *“Aynı gün içinde başka hekimlere de görünen hastam, bana hem onların ifade ettiklerini hem de sağdan soldan duyduklarını sormak için gelmektedir. Bu önceki hekimlere güven duymaması ile alakalı bir durum. Çoğu hastamda önce zedelenmiş güveni düzeltmekle bir zaman geçiyor, sonra tedaviye başlıyoruz.”* (SHS 5) şeklinde durumu ifade etmektedir.

Katılımcılar bu şekilde devam eden sistem içerisinde olması gerekenden daha fazla hasta baktıklarını ve bu hastaların da sayıları arttırdıklarını ifade etmektedirler (SHS 1ve 3). Onlara sunulan sağlık hizmetinin değerli hale getirilmesi, takip edilmesi ve hayatlarında bir farklılığın yaratılması ile bu probleminde çözülebileceğini vurgulamaktadırlar.

c) Standartlaşmanın Olmaması: Katılımcı yorumları neticesinde standartlaşmanın olmayışı kategorisinin birden fazla boyutta incelenebileceğini göstermektedir. Katılımcılar hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin hastaneye ve sağlık hizmeti sunan uzmanlara göre değişebileceğini ifade etmektedir. Bu değişimin zaman zaman kabul edilebileceği ifade edilmekle beraber çoğu zaman kabul edilemeyecek sınırlarda olduğu vurgulanmaktadır.

Katılımcılardan biri, “*Hocam şuan çalıştığım departmanda 3 hekim olarak görev almaktayız. Uzmanlıklarımız aynı, ama aldığımız eğitimler birbirinden farklı. Aynı gün diğer arkadaşıma gelen bir hasta beni de ziyaret edebiliyor ve arkadaşımın neler kaçırdığını inanamazsınız.*” (SHS6).

Bir diğeri ise, “*Her hastanede görüntüleme vs cihazlarının durumu aynı değil. Yani bunu fotoğraf makinesi olarak görebilirsiniz. Bir yerde son teknoloji varken diğerinde 10 yıl öncesinin cihazları mevcut. Durum böyle olunca koyduğun teşhislerde zaman zaman farklılıklar olabiliyor.*” (SHS4).

Katılımcılar değer temelinde bir sağlık hizmeti için belirlenmesi gereken standartları işaret etmektedirler. Mevcut performans ölçümlerinde veya sistem genelinde hangi kalitede sağlık hizmeti verilir verilmeyeceğine değil; kaç hasta ile ilgilendiklerine göre performanslarının ölçüldüğüne işaret etmektedirler.

3.2.2.3. Yükselen Maliyetler

Katılımcılar, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin arttığını ve ilerleyen dönemde özellikle yaşlanan nüfus ile beraber daha yüksek bir oranda artacağını ifade etmektedirler. Son olarak yeni yeni gündeme gelen defansif tıp uygulamalarının maliyetleri arttıran hususlar içerisinde yer aldığı ifade edilmektedir (ÜTÖ 3).

a) Yaşlanan Nüfus: Türkiye’de yaşlı nüfus giderek arttığı ve mevcut sağlık sistemi ve finansmanının bu nüfus için kurgulanmadığı düşünülmektedir. Katılımcılar, Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu hususla ilgili çalışmalar yapıldığını, fakat henüz net bir politika mevcut olmadığını ifade etmektedirler. Katılımcılara göre bu durum yeni bir sistem anlayışını, en fazla da değer temelli bir anlayışının geliştirilmesini gerektirmektedir. Böylece yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerinde yaratacağı maliyetler azalacak ve yaşam kaliteleri artacaktır (ÜTÖ 4 ve 5). ÜTÖ 4 konu hakkında “*Türkiye’de yaşlanan nüfus sürekli olarak artıyor. Avrupa’da olduğu gibi yüksek sayılarda değiliz henüz ama sistemimizi bu konuda revize etmeliyiz. Nüfusun artması demek kronik hastalıkların artması ve yaşlı bakım merkezlerine olan ihtiyacın artması demektir. Şu an bu hizmetleri verebiliyoruz, ama sayılar arttıkça sağlık bakım kalitesi de etkilenecektir.*” sözleri ile durumu ifade etmektedir.

b) Defansif Tıp: Son dönemde hekimlerin çeşitli sebepler ile yapmış oldukları bu davranış biçimi doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık hizmeti maliyetlerini arttırmaktadır. Katılımcılar olgunun gerekçeleri dışında kalan mali yükü ile ilgilenmektedir.

Katılımcılara göre bir sağlık hizmetinin fazla, eksik veya yanlış gerçekleştirilmesi maliyetleri arttırmakta ve sağlık hizmetine erişimi engellemektedir. Bu sebeple bu davranışın yaşanmaması adına sistem değişikliği gerekmektedir (SHS 6-7). Örneğin SHS 7 konu hakkında *“Bu aslında birbirini kovalayan süreçler yani hasta sayısı arttıkça hekimde kendini koruyacak yollar arıyor. Bunun için fazladan müdahale ya da tetkik istenebilir.”* görüşü bildirmiştir.

3.2.2.4. Bütüncül Bakışın Olmaması

DTSH niçin gereklidir sorusuna ilişkin ortaya çıkan anlık çözümlerin sunulması temasının devamı olarak görülebilecek “bütüncül bakış açısının olmaması” SHS’nin hastalara anlık müdahale etmeleri ve kendi uzmanlık alanları neticesinde tedavi etmeleri ile ilişkilidir.

Bir katılımcı *“Sistemde herkes anlık kendi sürecini maksimize etmek üzere bir rol almaktadır.”* (SHS 2) şekilde ifade ederken; diğer bir uzman, *“Hekim sadece kendi bilgisi dahilinde müdahalede bulunur ve diğer branşlara gerekirse yönlendirir. Fakat tedavi takibini çoğu zaman yapmaz ve süreci izlemez. Zaten izleyecek vakti de olmaz. Bazen hastalar aynı gün içerisinde bana ikinci defa gelmiş oluyor, fakat ben onları hatırlayamıyorum bile.”* (SHS 5) şeklinde ifade etmektedir.

Sağlık sunumu hastalar ve yakınlarını tedavilerini ve süreçlerini hatırlamamakta onlara kısıtlı zaman ve koşullarda verebileceği en iyi tedaviyi vermek üzerine kurgulanmakta ve çıktıları ölçülmemektedir. Bu bütüncül bakışın olmaması en küçük hasta şikâyetlerini en kötü sonuçlar gerçekleştikten sonra tedavi edileceği anlamına gelmektedir. En kötü sonuçlar daha fazla maliyet yaratmaktadır.

3.2.2.5. Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilirlik olgusu katılımcılar tarafından iki farklı şekilde ele alınmaktadır; (a) Finansal sürdürülebilirlik ve (b) Sağlıkın sürdürülebilirliği.

a) Finansal Sürdürülebilirlik: Sağlık hizmetleri sunumunun sağlamak için gerekli olan finansal desteğin sürdürülebilir şekilde kalmasını sağlamaktır.

Katılımcılar bu kategori içerisinde DTSH’lerinin finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlayacağını ifade etmektedir. Bu mevcut bütçelerin daha etkin ve verimli kullanılmasını

ve değer temelli satın alma sistemi ile gerekleŖebilecektir. Böylece sağlık bütçesinin genel bütçe içindeki oranı zaman içerisinde azalacaktır (SP 4 ve 6).

Katılımcılardan biri, “*Sistemlerin devamlılığını sağlamak için birçok açıdan kontrolleri ve ölçümleri gerekir. Ama bunların içerisinde finansal sürdürebilirlik, inovasyon yapma, sağlık hizmetleri sunumunu kaliteli bir düzeyde devam ettirme açılarından diğerlerine nazaran daha önemlidir.*” (SP 2) Bir diğer katılımcı ise “*Sağlık harcamalarının arttığı ifade edilmektedir. Eğer bütçe bu artışı karşılayamazsa iki Ŗey yapmak gerekir: Ya bütçeyi daha etkili kullanarak değer yaratacaksınız ya da sunmayı hedeflendiğiniz hizmetlerden ödün vereceksiniz. İş bu karara gelmeden değerli olanı seçmek gerekir.*”(SP 6).

b) Sağlığın Srdrebilirliği: Katılımcılar sağlığın sürdürebilirliğini bilinen en iyi tedavi yöntemleri bilmek ve hizmet vermek olarak görmektedir.

Katılımcılar, sunulan sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak ve güncel tedavi yöntemlerini uygulamaktan bahsetmekte ve mevcut sistemin kendilerine bunu yapmada teşvik edici olmadığını ifade etmektedir. Örneğin SP 3 konu hakkında “*Sağlık sonuçları ile ilgilenmezsen, yani hangi tedaviyi uygulandığın, nasıl sonuçlar aldığın kimse tarafından teşvik edilmez ya da cezalandırılmazsa sende yeni Ŗeyler ğrenmeye teşvik olma da zorlanırsın. Çünkü aslında Ŗuan benden istenen en iyi tedaviyi yapmam değil kaç tane işlem yapmış olmamdır.*”

Tema ve kategorilere ilişkin katılımcıların görüşleri Tablo 11’de yer almaktadır. Görüşleri kategorik olarak belirlenen katılımcılara göre sınıflandırma yapılmamıştır bunun yerine ilgili tema veya kategoriye en iyi Ŗekilde temsil ettiği dşnlen görüşlere yer verilmiştir.

Tablo 9: “DTSH niçin gereklidir?” Sorusuna İlişkin Oluşturulan Tema ve Kategorilere ilişkin ifadeler

Tema	Kategori	İfadeler
Anlık Çözümler Sunması		- Bir anlık bir tedavide bulunuyoruz yani atıyorum hastanın dişı ürüdü zaman biz ona ne yapıyoruz dişı çürüğünü temizliyoruz Ama süreci ya da tekrar çürümesini engellemiyoruz.....Başka bir örnek, kalp krizi için stent takıp hastayı geri evine yolluyoruz. Ama adam ilerleyen dönemde tekrar geliyor. Onun devamını sağlamıyor yaşam biçimini değiştirme ya sağlıklı yaşam için de dönüştürmüyor (SP3) - Çalışan çoğu hekim bir ağrı kesici vur gönder ya da reçeteye birkaç ilaç yaz en fazla gibi. Çünkü başvuru çok fazla ve hekim istemeden daha az zaman ayırması gerekiyor hastasına bu şekilde olunca birçok vaka kaçıyor ve hızlı ve geçici müdahaller geliyor.(SHS1) - Bir Mcdonalds dükkânında çalışıyoruz. Hızlıca ürünlerimizi servis etmemiz gerekiyor ve sorunlar asla özölmüyor. Burada rekabet kendi içimizde kim daha hızlı servis edeceğe dönüşüyor fakat kimse servis edilen şeye ya da sonuçları ile ilgilenmiyor (SHS2) - Sağlık bakanlığının vaad ettiği hastaneler sihirli değnekle sağlık sunan merkezler şeklindedir. Anlık hızlı seri hizmet sunmaktalar.(SHS4) - Sen sürekli olarak anlık çözümler sunar ve temelde yatan problemleri değiştirmezsen bugün gönderdiğin hasta yarın yine gelecektir. Evet bugün ona müdahalede bulunman gerekecek. Yarında bu şekilde olacaktır. Fakat belirli birgün sonra hepsine yetecek ne zaman ne de yer kalacak. Kuyruğunu yiğen yılanı bilirsiniz. Şuan içinde bulunduğumuz durum birazda böyle açıkçası (SHS3)
Sağlık Hizmet Sunum Problemleri	Memnuniyetsizlik	- Beklenen bir memnuniyeti ulaşamadı(SHS1) - Birden fazla o kadar çok kişı başvuruyor ki bu memnuniyetsizlik yaratıyor zaten (SHS4) - Hastaların ihtiyaçları ve beklentileri kısmi karşıladığımızı düşünüyorum(SHS5) - Dönem sürekli değiştiriyor mevcut sistemi bir üst baş olarak düşüncecek olursanız bu üstbaşın her tarafı sökülmeye başlandığını görebilirsiniz(SP4) - Cimer’den şikayet geliyor tarafıma ilk geldiğinde bir heyecanlanmıştım ne olacak diye. Ama zaman geçtikçe alışılıyorsun şuan bizim için (diğer hekimleri kastediyor) sadece cevaplanması gereken bir evrak işi.(SHS4-7)

Yükselen Maliyetler	Güven Eksikliği	- Tüm sağlık çalışanlarını elinden geleni yapıyor ama gün içerisinde kaç tane hasta bakmamız gerektiğini unutmayın bazı hekimler bu sayıyı bilinçli bir şekilde de arttırıyor açıkçası. Bu kadar hasta bakınca ister istemez istenmeyen birçok olay gelebiliyor. Allaha şükür ben henüz böyle bir olay yaşamadım ama birkaç kez muhtemel olaylar oldu diyebilirim. Hasta ve yakınları bu tarz olaylar yaşadıklarında ise her gittiği hekimi ve süreci bu şekilde değerlendiriyor. Kısaca güven duymuyor.(SHS7) - Hasta aynı gün içerisinde ziyaret ettiği üçüncü hekim ben oluyorum bazen...(SHS3) - İlçelerde vatandaşlar genelde il merkezinde bulunan özel hastaneyi ziyareti tercih ediyor (SP1) - Sisteme ilişkin büyük güven problemleri olabiliyor (SHS1) - Hastalar arasında bilgiler çok hızlı ve güvensiz bir şekilde yayılır. Mesela yanlış tedavi teşhis olmuş bir hasta varsa bu orada yaşayan herkes tarafından hızlıca öğrenilir. Bu durum sonrasında hastalar kendilerine konulan teşhisi teyit ettirmek isterler (SHS4) - Güvensizlik hastaların sistemi daha sık kullanmasına sebebiyet verir hem kısa dönem hem de uzun dönem için...(SHS4) - Aynı gün içinde başka hekimlerde görünen hastam bana hem onların ifade ettiklerini hem de sağdan soldan duyduklarını sormak için gelmektedir. Bu önceki hekimlere güven duymaması ile alakalı bir durum. Çoğu hastamda önce zedelenmiş güveni düzeltmekle bir zaman geçiyor sonra tedaviye başlıyoruz. (SHS5)
	Standardlaşmanın Olmaması	- Hocam şuan çalıştığım departmanda 3 hekim olarak görev almaktayız. Uzmanlıklarımız aynı ama aldığımız eğitimler birbirinden farklı aynı gün diğer arkadaşına gelen bir hasta beni de ziyaret edebiliyor ve arkadaşımın neler kaçırdığını inanamazsınız.(SHS6) - Her hastanede görüntüleme vs cihazlarının durumu aynı değil yani bunu fotoğraf makinesi olarak görebilirsiniz bir yerde son teknoloji varken diğerinde 10 yıl öncesinin cihazları mevcut durum böyle olunca koyduğunuz teşhislerde farklılıklar olabiliyor.(SHS4) - Hekimler arasında jenerasyon farklılıkları var aslında eğitim aldıkları yere göre bile değerlendirilebilir sanırım hele şu günlerde (Covid 19 kastediyor) mezun olan arkadaşların durumu bir hayli kötü kliniğe geldiklerinde işlemleri baştan bir daha öğretmek zorunda kalıyoruz. Yeni gelen arkadaşlar nöbette zorlanmasınlar diye kaç defa nöbetim yokken başlarında durdum.(SHS1)
	Yaşlanan Nüfus	- Türkiye nüfus grafiğinde yakın zamanda değişiklikler olmakta ve mevcut sağlık sistemi bu değişiklikleri karşılamak üzere tasarlanmış değildir.(ÜTÖ5) - Kronik rahatsızlıklar yaş ile beraber artış gösterir. Bu durum maliyetleri arttırmaktadır.(ÜTÖ3) - Henüz belki düşünülen kadar değil ama ben deyim 10 yıl bilemediniz 15 yıl içerisinde bizi bekleyen yaşlı bir nüfus var ve bu nüfusa sağlık hizmetinin verilmesi gerekecek.(ÜTÖ1) - Avrupa'da ve Amerika'da birçok örneğini görebildiğiniz yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklar sağlık hizmeti sunum maliyetleri ciddi oranlarda arttıracağını düşünüyorum.(SP6)
	Defansif Tıp	- Süreçte karşılaştığımız unsurlar arasında yer alıyor. (SHS6) - Bu aslında birbirini kovalayan süreçler yani hasta sayısı arttıkça hekimde kendini koruyacak yollar arıyor. Bunun için fazladan müdahale ya da tetkik istenebilir.(SHS7) - Hastaya ayrılacak zaman az ve hastaya ilişkin semptomları kaçırmamak için hekimler tüm tetkikleri istemek zorunda(SHS2) - Mevcut sistemin bir değişiklik getirisi diyebiliriz. Bu kadar hastanın tedavisini yapmak bazen bu şekilde gerçekleşebiliyor.(SP5)

Bütüncül bakış açısının olmaması	Sürdürülebilirlik	Finansal Sürdürülebilirlik	- Sistemde herkes anlık kendi sürecini maksimize etmek üzere bir rol almaktadır. (SHS2) - Bir uzman hekim sadece kendi bilgisi dahilinde müdahalede bulunur ve diğer branşlara gerekirse yönlendirir fakat tedavi takibi çoğu zaman yapmaz ve süreci izlemez. Zaten izleyecek vakti de olmaz. Bazen hastalar aynı gün içerisinde bana ikinci defa gelmiş oluyor fakat ben onları hatırlayamıyorum bile.(SHS5) - Tüm sağlık hizmet sunumunu izleyen bir sistem gereklidir. Kısmi olarak bunu aile sağlığı merkezleri sağlıyor ama güçlendirmeleri gerek. Reform zamanlarında öngörülen süreçlerden bir tanesi de bu şekildeydi. Ama istenilen ölçüde gerçekleşemedi. (SP5)
		Sağlığın Sürdürülebilirliği	- Sistemlerin devamlılığı sağlamak için birçok açıdan kontrolleri ve ölçümleri gerekir ama bunlar içerisinde finansal sürdürülebilirlik inovasyon yapma, sağlık hizmetleri sunumunu kaliteli bir düzeyde devam ettirme açılarından diğerlerine nazaran daha önemlidir.(SP2) - Sağlık harcamalarının arttığı ifade edilmektedir. Eğer bütçe bu artışı karşılayamazsa iki şey yapmak gerekir ya bütçeyi daha etkili kullanarak değer yaratacaksınız ya da sunmayı hedeflediğiniz hizmetlerden ödün vereceksiniz. İş bu karara gelmeden değerli olanı seçmek gerekir.(SP6) - Bütçeli etkili ve verimli kullanarak istenilen sonuçlara ulaşılabilir. Şuan bu şekilde bir bütçe kullanımının olduğunu düşünmüyorum.(SP4) - Genel bütçe verirken maliyetleri kontrol edemezsin. Şuan neye ne kadar harcıyoruz kimse emin değildir. (ÜTÖ4) - Sağlık sistemleri zaman içerisinde istenilen duruma cevap veremeyecek duruma gelmektedir. Bu her yıl 10-20 yılda bir sistem içerisinde kimi değişikliklerin yapılmasını da beraberinde getirmektedir. Her bir reform bireylerin sağlığı üzerinde değişikliklere sebebiyet vermektedir. Burada hasıl olan bireylerin verilen sağlık hizmetini sürdürebilir kılmaktır. Sadece finansal açıdan bahsetmiyorum sunulan hizmetin bilinen en üst seviyede verilmeye her açıdan devamlılığın sağlanması açısından diyorum.(SP4) - Değer temelli sağlık hizmetlerine geçiş, sürdürülebilirlik için en iyi seçenek (SP1) - Sağlık sonuçları ile ilgilenmesen yani hangi tedaviyi uygulandığını nasıl sonuçlar aldığını kimse tarafından teşvik edilmez ya da cezalandırılmazsa sende yeni şeyler öğrenmeye teşvik olma da zorlanırsın. Çünkü aslında şuan benden istenen en iyi tedaviyi yapmam değil kaç tane işlem yapmış olmam.(SHS3)

Şekil 13’de kategorilere ayrılan görüşmecilerin ilgili ana temalara ilişkin görüşlerinin ağırlıklandırılmıştır. Bir önceki araştırma alt sorusunda olduğu gibi her bir kategorik örnekleme bir renk atanmıştır. Buna göre bütüncül bakışın olmayışı ve anlık çözümler sunması temalarına en çok SHS görüş bildirirken; sürdürülebilirlik ve sağlık hizmet sunum problemleri temalarına SP daha fazla görüş bildirmiştir. Son olarak yükselen maliyetler teması üzerinde ise en çok ÜTÖ durmuştur.



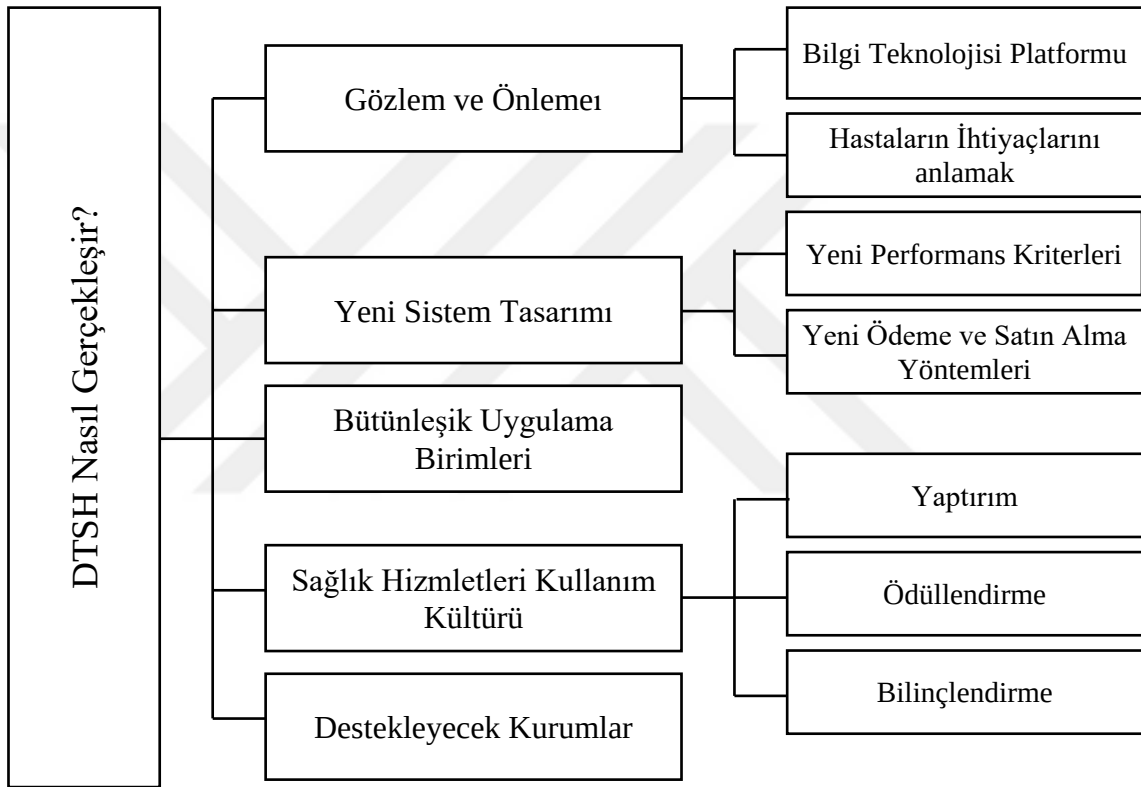
Şekil 13: “Niçin DTSH Gereklidir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları

Katılımcı yorumlarına istinaden DTSH, Türk sağlık sisteminde görülen ve ileride görülmesi beklenen bir takım problemlere çözüm olacağı düşünülmektedir. Bu problemlerden anlık çözümlerin sunulması, bütüncül bakış eksikliğini sistemin kendisinden kaynaklı problemler olarak karşımıza çıkarmaktadır. Bu problemlerin çözümü ve değer yaratılması katılımcılara göre yeni bir anlayışla (DTSH) mümkün olabilir. Sağlık hizmeti sunum problemi, yükselen maliyetler ve sürdürülebilirlik ise hem şu an görülen hem de ileride görülmesi muhtemel olan problemler arasında yer almaktadır. Katılımcıların tecrübeleri ve bilgileri bu problem çözümlerinde DTSH geçiş ile sona erebileceğini ifade etmektedir.

3.2.3. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nasıl Gerçekleştirilebilir?

Bu soruda kullanılan tema ve kategoriler literatür analizi sonuçlarından yararlanarak belirlenmiştir. Fakat sağlık hizmetleri kullanım kültürü ve destekleyecek kurumlar

temaları verilerin analizinden yararlanılarak temalaştırılmıştır. Toplamda bu soruya yönelik olarak beş ana tema belirlenmiştir. Şekil 14’te ana temalar ve kategorileri görülmektedir. Buna göre gözlem ve önleme teması altında bilgi platformu ve hasta ihtiyaçlarını anlamak kategorileri yer almakta; Sağlık hizmeti kullanım kültürü teması altında bilinçlendirme, yaptırım ve ödüllendirme kategorileri; yeni sistem tasarımı temasında yeni ödeme yöntemleri ve yeni performans kriterleri kategorileri; entegrasyon temasında ise bütünleşik uygulama birimi kategorisi yer almaktadır. İlgili tema ve kategorilere ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.



Şekil 14: DTSH Nasıl Gerçekleşir Sorusuna İlişkin Tema ve Kategoriler

3.2.3.1. Gözlem ve Önleme

Hastaların fizyolojilerinde yaşanan bozulmalara karşı kısa ve uzun dönem içerisinde bütünleşik olarak iyileşme sürecini takip etmeyi ve bunun sonrasında sağlığı tekrar bozulmaması için önlemler almayı içermektedir. “Bilgi Teknolojisi Platformu” ve “Hastaların İhtiyacını Anlamak” kategorilerinden oluşmaktadır.

a) Bilgi Teknolojisi Platformu: Katılımcılara göre bilgi teknolojisi platformu ile kanıta dayalı işlemler ve maliyeletler hakkında daha hızlı veri elde edilebilecek ve sistem parçalarının entegrasyonu daha hızlı sağlanacaktır. SP 5 bu konudaki düşüncelerini “Mevcut bilgi platformunu (E-nabız) geliştirdik ve orada biriken veriler ile daha değerli

sağlık sunumu gerçekleştirme örnekleri elde ettik. Bu konuda mevcut yapılan uygulamalar söz konusu, ama henüz birçoğu geliştirme aşamasındadır. Bunlar içerisinde mevcut programları entegre etmekte yer almaktadır. Mevcut yatırımlar şuan için aile hekimlerini güçlendirmek üzerine kurgulanmıştır.” şeklinde ifade etmektedir.

b) Hastaların İhtiyacını anlamak: Sağlık hizmetlerinde değeri öncelikli olarak hastalara vermektedir. Hastalarda sunulan hizmette yapılan değişiklikler onların ihtiyaçlarını anlamak ve buna ilişkin çözümler sunarak değer gerçekleştirilebilir.

Katılımcılardan biri, *“Hastaların sağlık ihtiyaçları acil dışındaki durumlarda bir anda gerçekleşmez ve hastaların anlık fizyolojilerinin iyileştirmek dışında ihtiyaçlarını anlamak (hasta merkezli iletişim, mahremiyet) ve hizmet sunumunu bu şekilde gerçekleştirmek gerekir.”* (SHS 7)

Ayrıca değer yaratılma süreci olarak sağlık hizmeti kalitesinin artırılması, maliyetlerin düşürülmesi ve ne şekilde sağlık hizmet sunumu gerçekleştirildiği önem kazanmaktadır. Bir katılımcı *“Değer yaratmak sadece maliyetleri kısararak ya da daha kaliteli sağlık hizmeti vererek gerçekleşmez. Çok kaliteli hizmet veren çok arkadaşım var burada. Ama en çok şikâyeti de kendileri alıyor. Kısaca hastalar bu durumdan hoşnut değil, sağlık hizmetinin kalitesi kadar, nasıl verildiği de önemlidir.”* (SHS 4)

Bir diğeri ise *“Öncelikle hastaları anlamamız gerekiyor. Bu anlayışın başında da onlara daha fazla zaman yaratmak yer alıyor. Yoksa fast-food zincirinden farkımız kalmıyor.”* (SHS 2)

3.2.3.2. Yeni Sistem Tasarımı

Sağlık hizmetleri tasarımını tüm paydaşlar ve tüm süreçlerde yeniden tasarlamayı içermektedir. Kimi katılımcılar hekimlerin baktığı hasta sayısından daha çok, değer yaratılmış hasta sayısını kapsayan bir sistemin olması gerektiğini savunmaktadır (SP 1, 5 ve 6; SHS 1, 3 ve 7; ÜTÖ 3). Kurulması düşünülen bütünleşik uygulama birimlerinde merkez rol oynayan hekim sayısının artması ile mümkün olabileceği ifade edilmektedir.

a) Yeni performans kriterleri: Mevcut performans kriterleri sadece daha fazla hasta muayene etme görevi görmekte ve kısa süreli iyileşmeler yaratmaktadır. Fakat bu durum sistemi uzun dönemde sağlık hizmetlerinde yığılmalara ve kalitesiz sağlık hizmeti sunmaya doğru götürmektedir. Katılımcıların birçoğunun, özellikle SHS’nin bu konuda hemfikir olduğu görülmektedir. Eğer DTSH’ye bir geçiş olacaksa bu geçiş ve sistemin

ilerleyişi belirlenecek performans kriterleri ile mümkün olabilecektir. Burada öngörülen sistem değere dayalı performans sistemidir.

Katılımcıların biri konu hakkında; *“Bakın ben reform hareketleri sırasında burada görevdeydim. Şu an konuştuğumuz sistem ile o zaman tasarlanan sistem taban tabana zıt. Biz şu an performans belirlerken hangi hekim kaç hastayı tedavi etti, hangi işlemler yaptı buna bakıyoruz. Öncelikle bunun değiştirilmesi gerekiyor.”* (SP 6). Bir diğeri ise *“Yeni ölçüm sistemlerine ihtiyacımız var, neye göre performans belirleyeceğimiz, önceliklerimiz neler olacak?”* (ÜTÖ 4). Şeklinde durumu özetlemektedir.

b) Yeni Ödeme ve Satın Alma Sistemleri: Katılımcılar, ödemeler ile ilgili ilaç, teknoloji ve değere yönelik geri ödeme yöntemlerini ilişkin görüşlerini sunmaktadır. Bazı katılımcıların Sağlık Bakanlığı içerisinde görevini ifa eden sağlık teknolojileri değerlendirme (STD) Dairesi Başkanlığı’nın daha yoğun çalışması, bu tür faaliyetlerin sayılarının arttırılması ve ödemelerin bu kurum danışmanlığında yapılması gerektiğini ifade etmektedir (SP 3).

Katılımcılardan bir diğeri ise özellikle ÜTÖ’lerin değer temelli bir satın alma sistemi kurmasının değer yaratmada öncü adımlardan biri olduğunu ifade etmektedir (ÜTÖ 4). Katılımcı, çalıştığı kurumda hali hazırda bunun üzerine çalışmalar yapıldığını söylemektedir. Katılımcı, *“Burada önemli husus, zaten kurumumuzda bir süredir buna geçiş üzerine çalışmalarda bulunuluyor. Husus şudur, Değer temelli satın almaya geçiş. Bunun için kendimin hazırladığı bir takım raporlar mevcut, ama henüz bekleme aşamasında ve yavaş yavaş düzenlenmesi gerekiyor. Tek seferde bu düzene geçemeyiz.”* (ÜTÖ 4).

Katılımcılardan bir diğeri ise geri ödeme modellerinde yapılması gereken değişiklikler hakkında, *“Geri ödeme modellerinin sürekli evrim geçirmesi, tüm ülkelerin, sosyo-ekonomik statüleri ne olursa olsun tüm hastalara yüksek kalitede bakım sağlanması ile maliyet kısıtlamaları arasındaki ideal dengeyi kurmakta zorlandıklarını gösteriyor. Bu planlar tarifeyi hesaplamak için sağlanacak hizmet sayısını ve vakayı (tedavi başına, hasta başına veya kişi başına) temel alan geri ödeme oranını belirler. Bu planlar geri ödeme oranını verimliliği ve sağlanan hizmetin kalitesini göz önünde bulundurarak ayarlarlar.”* (SP 5).

Paket ödeme sistemi, sağlık hizmeti sunucularının klinik olarak tanımlanmış bakım bölümleri için beklenen maliyetler temelinde geri ödeme yapmasıdır. Hastanın kaç

hizmet aldığına bakılmaksızın hasta başına "toplu ödeme" hizmet sağlayıcılara ödenir. Katılımcılar Türkiye’de tanıya dayalı olarak kısmi gerçekleşen bu sürecin arttırılması gerektiğini ifade etmektedirler (ÜTÖ 3).

3.2.3.3. Bütünleşik Uygulama Birimleri

DTSH tanımlamalarından yer alan entegrasyon birbirinden bağımsız şekilde işlemlerine devam eden sağlık sisteminin bir bütün şekline dönüşmesine vurgu yapmaktadır. Katılımcılar bu şekilde değerin yaratılabileceğini ifade edilmektedir.

Türkiye sağlık sisteminin mevcut yapısında hizmet sunumu, uzmanlar ve bölümler çerçevesinde organize edilmiştir. Yani tedavi süreçleri, ihtisas alanları kapsamında şekillenmiştir. Daha geniş ölçekte tıbbi tedavi hizmet sunumu ve hizmetlerin, hastaların ihtiyaçlarına göre planlanması için gerekli girişimlerin planlanması önerilmektedir. Ancak bu sayede hastalar ve sistem için artı bir değer yaratmak söz konusudur.

Bir katılımcı bu bütünleşik uygulama birimleri için Türk sağlık sisteminin çok hızlı adapte olabileceğini ifade etmektedir. *“Farklı hizmet birimlerini entegre etmek konusunda bir üstünlüğümüz var. Geçmişimize baktığımızda da dolayısıyla sağlık hizmet birimlerini entegre etmekte çok büyük güçlük yaşamayız.”* (SP 6).

Bir diğer katılımcı ise konu hakkında; *“Bir zaman sonra belki ileride yaşlı sağlığı merkezleri olacak. Kanseri tarama merkezleri var, toplum ruh sağlığı merkezleri var, evde sağlık çok önemli bunları birlikte çalışır halde tuttuğumuz zaman değer oluşturması çok daha farklı olacaktır.”* (SP 5).

3.2.3.4. Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürü

Katılımcılar mülakat aşamasında sağlık sistemi içerisinde paydaşlara bir takım görev ve sorumluluklar yükledikleri görülmektedir. Katılımcılar bu konuda özellikle SHS ve hastaların sistem geçişlerinde yaşayacakları sorunlara ilişkin üç farklı anlayış içerisinde. Bu anlayışlar, yaptırım, ödüllendirme ve bilgilendirmedir. Katılımcılar bu sayede sistemin işleyişinin/değişiminin/gelişiminin hızlanacağını ve sisteme ilişkin daha az baskı ve çatışma yaşanacağını ifade etmektedirler.

a) Yaptırım: Kurgulanan sisteme uyulmaması noktasında önceden belirlenecek yaptırımları ifade etmektedir. Katılımcılar arasında bu yaptırımları kimlerin belirleyeceğine ilişkin bir görüş birliği olmasa da daha önce reform hareketlerini göz

önünde bulundurarak olması gerektiği ifade edilmektedir. Katılımcılardan biri, “*Şimdi sistem değişikliklerine ilişkin bir takım tecrübelerimiz var. Sağlıkçılar olarak fark etmişsinizdir, bazı değişiklikleri kolayca kabul ettik, bazılarını ise hala edemedik; mesela aile hekimlikleri...*” (SHS 1) şeklinde devam etmektedir ve aile hekimliklerinin yetersiz kullanımını vurgulamaktadır.

Bir diğeri ise “*Eğer sistemin hızlı ve düzgün işlemlerini isterseniz bu konuda yaptırımlar yapmanız gerekir. Belki sevk zincirini zorunlu hale getirmek gibi ya da maliyet unsuru yaratmak gibi, bu olursa sistem düzgün çalışır*” (SP 4) diyerek; sistemin gereksiz kullanımını önlemek için sevk zinciri ya da maliyet unsuru yaratmanın önemini vurgulamaktadır.

b) Ödüllendirme: Katılımcılar hem sağlık hizmet sunucusu hem de hastaya sisteme uygunluk ve uyumluluk göstermesi halinde önceden belirlenen ödüllendirme sistemleri tasarlanmasını ifade etmektedir. Katılımcılar bu şekilde sisteme uyumluluk artacağını “*Yeni sistemi destekleyecek tüm paydaşlar bir şekilde ödüllendirilmelidir*” (SP 6) ve sistem geçişinin hızlanacağını “*Sistem geçişinde yardımcı olan herkese en azından daha az cepten harcama çıkartılabilir. Tam düşünemedim sistemin tamamı görülerek onlara avantaj yaratacak unsurlar ödül olarak sunulabilir*” (SP 4) şeklinde ifade etmektedir.

c) Bilgilendirme: Katılımcılar göre bilgilendirme, ödüllendirme ve yaptırımdan daha geniş kapsamlı olarak ele alınmaktadır. Çünkü bilgilendirme ödül ve yaptırımdan farklı olarak tasarlanmış bir sisteme uyumu arttırmaktan daha çok sistemin tasarımın aşamasından nihayete erene kadar olan süre içerisinde yer alacak tüm süreçleri içermektedir ve doğru bir şekilde yapılması gerekmektedir. Katılımcılar bu konuda, “*Yeni her şeyde olduğu gibi buradaki sistemde sistem oyuncularından tüm paydaşlara ayrıntılı bir şekilde açıklanmalıdır. Bu dönemdeki sokağa çıkma yasaklarında olduğu gibi...*” (SP 6). Bir diğeri ise “*Yeni süreçler anlatılmalıdır. Hasta önce nereye gidecek, ne kadar ödeyecek, bu sistem onun yararına mı, dezavantajları neler vs.*” (ÜTÖ 3).

3.2.3.5. Destekleyecek Kurumlar

Değer temelli sağlık hizmetlerine geçiş paydaşların yakın işbirliğini gerektirmektedir. Yeni bir sistemin tasarımında ve stratejisinin belirlenmesinde doğrudan sağlık sunumuna ilişkin paydaşların entegrasyonu değil; Hazine ve Maliye Bakanlığı’ndan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına kadar olan süreçlerin işbirliği ile gerçekleştirilebilir. Sistemin belirlenmesinde ve uygulanmasında üniversitelere de ayrıca bir paragraf

açılmalıdır. Önceki reform hareketlerinde olduğu gibi akademiden önemli ölçüde destek alınması gerekmektedir (SP 7).

Bir katılımcı bu konuda, *“Tüm değişimler her zaman paydaşların tam onayı ile gerçekleştirilebilir. Hayal etsenize DTSH diyoruz, ama hekimler, hekim dernekleri, toplulukları buna karşı çıkıyor ne kadar doğrudan bunu yapabilirsiniz?”* (ÜTÖ 2). Bir diğeri destekler nitelikte; *“Politikacıların, diğer bakanlıkların sisteme tam destek vermesi gerekir.”* (SP 7). Bir başka katılımcı ise *STD Dairesi Başkanlığı gibi kuruluşlar ülkede birden fazla olabilir. Bunun yurt dışı örnekleri mevcut. Belki başka birkaç kuruluşla beraber daha değerli süreçlere yönelme hızlanabilir. Kanıta dayalı yönetime doğru bir eğilim olur.* (SP 2) şeklinde görüşlerini belirtmektedir. Katılımcı değerlendirmeleri dikkate alındığında DTSH’ine geçişte paydaşların desteğinin ve bu konuda ortaya çıkacak uzlaşının çok önemli olduğu görülmektedir.

Tema ve kategorilere ilişkin katılımcıların görüşleri Tablo 12’de yer almaktadır. Sınıflandırma, ilgili tema veya kategoriye en iyi şekilde temsil ettiği düşünülen görüşlere göre yapılmıştır.

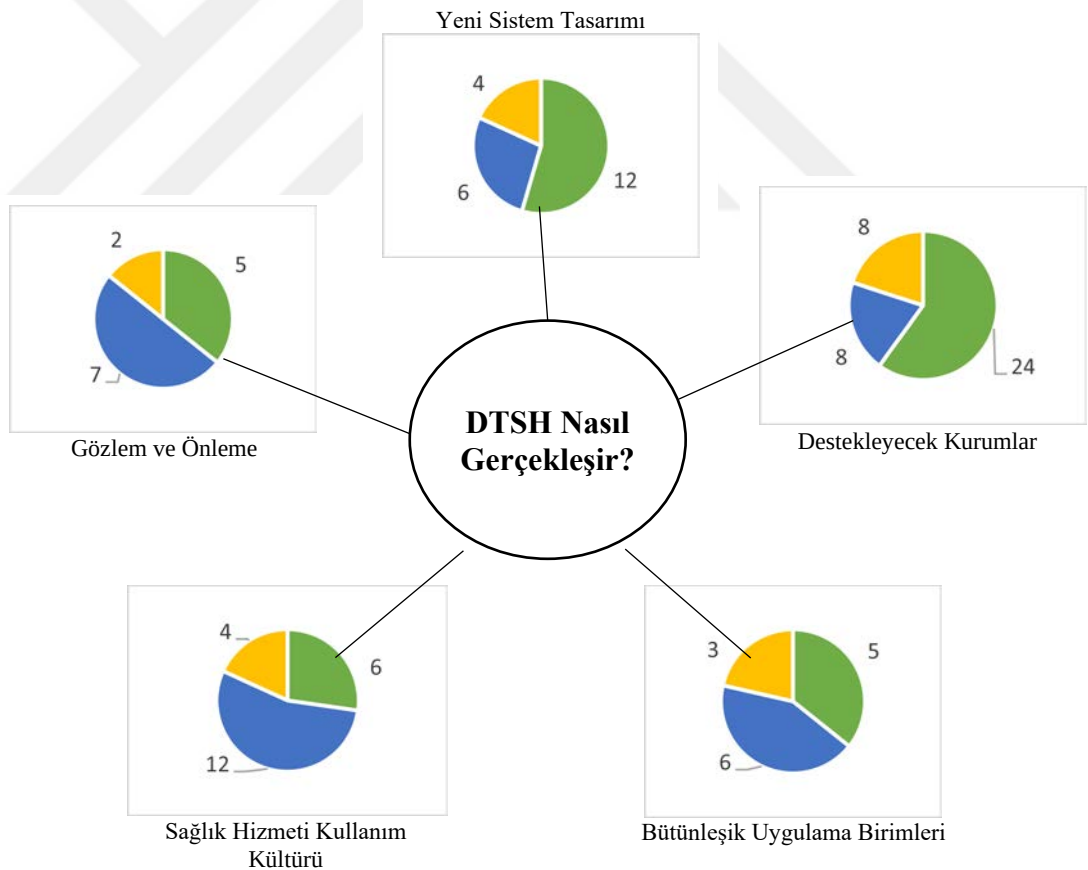
Tablo 10: “DTSH Nasıl Gerçekleştirilebilir ?” Sorusuna İlişkin Oluşturulan Tema ve Kategorilere ilişkin ifadeler

Tema	Kategori	İfadeler
Gözlem ve Önleme	Bilgi Teknolojisi Platformu	- Uzun süredir akademisyenler ile çalıştığımız birkaç projemiz var. Bunların bir kısmını kullanıcı olarak sizlerde görebilirsiniz. Sizin görebileceğiniz kısmı şuan için E-nabız’dır. Bununla beraber birçok noktada maliyetleri azalttığımız düşünüyorum. Mesela bir on yıl öncesine göre bir hasta aynı gün içerisinde farklı sağlık kuruluşlarından mı ya da görüntüleme alabiliyordu diğer hastanedeki hekim bu sonuçları göremiyordu. Ama e nabız üzerinden bu sonuçlar artık kullanıcı izni olmak kaydı ile diğer hekim arkadaşlarımızda görebiliyor. Böylece aynı istemler tekrar tekrar istenmesinin önüne geçmiş olduk (SP5) - Bakanlığın hazırlamış olduğu tedavi kılavuzları var bu kılavuzlar içerisinde hastanın ne günde hangi tetkik ve tahlilleri yapması gerektiği yer alıyor. Şuan çalışmalarımızı daha çok birinci basamak üzerine kurguluyoruz. Örneğin hamilelikte hangi haftalarda nelerin yapılması gerektiği vs. Böylece birçok problemin henüz yaşanmadan önüne geçmiş oluyoruz.(SP6)
	Hastaların İhtiyaçını anlamak	- Değer yaratmak sadece maliyetleri kısararak ya da daha kaliteli sağlık hizmeti vererek gerçekleşmez. Çok kaliteli hizmet veren çok arkadaşım var burada ama en çok şikâyeti de kendileri alıyor. Kısaca hastalar bu durumdan hoşnut değil sağlık hizmetinin kalitesi kadar nasıl verildiği de önemlidir.(SHS4) - Öncelikle hastaları anlamamız gerekiyor. Bu anlayışın başında da onlara daha fazla zaman yaratmak yer alıyor. Yoksa fast-food zincirinden farkımız kalmıyor (SHS2). - Reform hareketleri ile gelen ama tam yerleşmeyen bazı kavramlar var bunlardan birisi hasta merkezlilik, sadece bunu gerçekleştirerek bile değeri arttırabileceğimizi düşünüyorum.(SP4) - Hastaların sağlık ihtiyaçları acil dışındaki durumlarda bir anda gerçekleşmez ve hastaların anlık fizyolojilerinin iyileştirmek dışında ihtiyaçlarını anlamak (hasta merkezli iletişim, mahremiyet) ve hizmet sunumunu bu şekilde gerçekleştirmek gerekir.(SHS7)
Yeni Sistem Tasarımı	Yeni Ödeme ve Satın Alma Sistemleri	- Burada önemli husus zaten kurumumuzda bir süredir buna geçiş üzerine çalışmalarda bulunuyor. Husus şudur, Değer temelli satın almaya geçiş. Bunun için kendimin hazırladığı bir takım raporlar mevcut ama henüz bekleme aşamasında ve yavaş yavaş düzenlenmesi gerekiyor. Tek seferde bu düzene geçemeyiz.(ÜTÖ4; İkincil veriler) - İlaç ve teknolojilere ait çalışmalarımız sürüyor. STD sayfasından takip edebilirsiniz şuan için hazırlanmış 13 rapor var. Bunların bazılarının toplantılarına bende katıldım. Bu kurum danışma niteliğinde ama ileride bu raporların bakanlıkça uygulanacağını düşünüyorum.(SP3; İkincil veriler) - Sağlık hizmet sunucularına ve hizmeti verenlere yeni teşvikler verilebilir. Yani değer yaratmak için bu sistemleri kullanabiliriz. (SHS4) - Geri ödeme ve satın alma modellerinin sürekli evrim geçirmesi, tüm ülkelerin, sosyo-ekonomik statüleri ne olursa olsun tüm hastalara yüksek kalitede bakım sağlanması ile maliyet kısıtlamaları arasındaki ideal dengeyi kurmakta zorlandıklarını gösteriyor. Bu planlar tarifeyi hesaplamak için sağlanacak hizmet sayısını ve vakayı (tedavi başına, hasta başına veya kişi başına) temel alan geri ödeme oranını belirler. Bu planlar geri ödeme oranını verimliliği ve sağlanan hizmetin kalitesini göz önünde bulundurarak ayarlarlar.(SP5)

Sağlık Hizmetleri Kullanım Kültürü	Yeni Performans Kriterleri	- Bakım ben reform hareketleri sırasında burada görevdeydim şuan konuştuğumuz sistem ile o zaman tasarlanan sistem taban tabana zıt biz şuan performans belirlerken hangi hekim kaç hastayı tedavi etti, hangi işlemler yaptı buna bakıyoruz. Öncelikle bunun değiştirilmesi gerekiyor (SP6) - Yeni ölçü sistemlerine ihtiyacımız var, neye göre performans belirleyeceğimiz, önceliklerimiz neler olacak.(ÜTÖ4) - Tüm çalışma prensipleri değiştirilmesi gerekir ama bu zaman içerisinde mümkün olabilir. Öncelikle evde bakım merkezleri ile başlanabileceğini düşünüyorum.(SP6)
	Bütünleşik Uygulama Birimleri	- Farklı hizmet birimlerini entegre etmek konusunda bir üstünlüğümüz var ve daha ziyade kamu finansmanı ile yoğunlaşan bir sürecimiz var. Dolayısıyla sağlık hizmet birimlerini Entegre etmekte çok büyük güçlük yaşamayız.(SP6) - Bu da saydıklarım gibi yani üç basamaktan itibaren eğitim ve araştırma hastanesi üniversite daha sonra Devlet Hastanesi sonrasında gideceğiz. Bir zaman sonra belki ileride yaşlı sağlığı merkezleri yaşlı nüfusun olacak kanser tarama merkezleri var toplum ruh sağlığı merkezleri var evde sağlık çok önemli bunları bir birlikte çalışır halde tuttuğumuz zaman değer oluşturması çok daha farklı olacaktır (SP5) - Yani bir evde sağlık birimi ne gidip de bir hizmet alan Diyabet hastası yaşlı Kronik hasta O bir tarafta 1. basamakta aynı bilgiye sahip olacak o bir tarafta Devlet Hastanesi oradan veri aldığını ne bilgi alındığını bilecek bu da işin hizmet boyutu yani Neticede ruh sağlığı hizmetlerinde de aynı şey geçerlidir ruh sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir kişi aynı zamanda özel hastaneden de İsmet alabilir aynı zamanda Eğitim Araştırma Hastanesinden bir diğer 1 basamaktan bunları biz Entegre ettiğimiz zaman o kişiye değer yaratmış olacağız (SP4)
	Yaptırım	- Şimdi sistem değişikliklerine ilişkin bir takım tecrübelerimiz var sağlıkçılar olarak fark etmişsinizdir bazı değişiklikleri kolayca kabul ettik bazılarını ise hale edemedik mesela aile hekimlikleri... (SHS1) - Eğer sistemin hızlı ve düzgün işlemlerini isterseniz bu konuda yaptırımlar yapmanız gerekir. Belki sevk zincirini zorunlu hale getirmek gibi ya da maliyet unsuru yaratmak gibi bu olursa sistem düzgün çalışır.(SP4) - Tüm paydaşlara yeni sistem anlatıldıktan sonra yaptırım ve ödüllendirmeler anlatılmalıdır(SHS3)
	Bilgilendirme	- Yeni her şeyde olduğu gibi buradaki sistemde sistem oyuncularında tüm paydaşlara ayrıntılı bir şekilde açıklanmalıdır. Bu dönemdeki sokağa çıkma yasaklarında olduğu gibi...(SP6) - Yapılan ve yapılacak her şey hasta ve hasta yakınlarına anlatılmalıdır kimi değişikliklerin olması yıllar sürer (SHS5) - Yeni süreçler anlatılmalıdır. Hasta önce nereye gidecek ne kadar ödeyecek bu sistem onun yararına mı dezavantajları neler vs.(ÜTÖ3)
	Ödüllendirme	- Yeni sistemi destekleyecek tüm paydaşlar bir şekilde ödüllendirilmelidir.(SP6) - Kurallara uyanları teşvik edilmelidir. Bu hekimlerde hastalarda olmalıdır.(SHS5) - Sistem geçişinde yardımcı olan herkese en azından daha az cepten harcama çıkartılabilir. Tam düşünemedim sistemin tamamı görülerek onlara avantaj yaratacak unsurlar ödül olarak sunulabilir.(SP4)

- Tüm değişimler her zaman paydaşların tam onayı ile gerçekleştirilebilir. Hayal etsenize DTSH diyoruz ama hekimler, hekim dernekleri, toplulukları buna karşı çıkıyor ne kadar doğrudan bunu yapabilirsiniz. (ÜTÖ2)
- Sistem oluşturulduktan sonra hizmet sunucuların ve yöneticilerin eğitimi bu sistem tabanlı olmalıdır.(SP5)
- Yeni arge çalışmaları için akademinin de desteği gerekir.(ÜTÖ5)
- Politikacıların, diğer bakanlıkların sisteme tam destek vermesi gerekir. (SP7)
- STD gibi kuruluşlara ülkede birden fazla olabilir bunun yurt dışı örnekleri mevcut belki başka birkaç kuruluşla beraber daha değerli süreçlere yönelme hızlanabilir. Kanıta dayalı yönetime doğru bir eğilim olur.(SP2)

Şekil 15’de kategorilere ayrılan görüşmecilerin ilgili ana temalara ilişkin görüşlerinin ağırlıklandırılmıştır. Her bir kategorik örnekleme bir renk atanmıştır. Buna göre destekleyecek kurumlar ve yeni sistem tasarımı en fazla SP’nin; gözlem ve önleme ile sağlık hizmetleri kullanım kültürüne en çok SHS’nin, entegrasyon temasında ise SP ile SHS’nin hemen hemen aynı oranda görüş bildirdikleri görülmektedir.



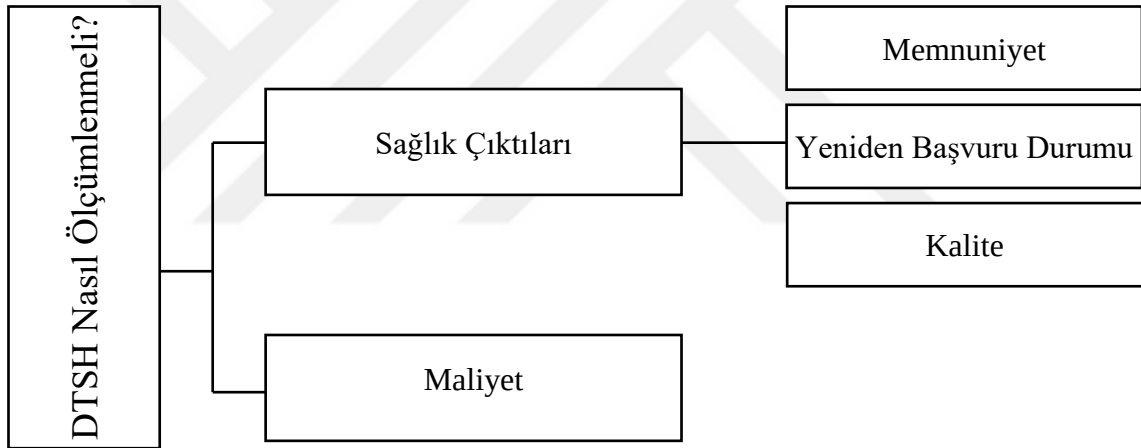
Mavi: SHS
Sarı: ÜTÖ
Yeşil: SP

Şekil 15: “DTSH Nasıl Gerçekleşir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları

Katılımcılar DTSH geçişin Türkiye’de nasıl gerçekleşebileceğine cevap aramaktadır. Bu sorunun cevabını ilk olarak sistem hastaların durumunu göz önünde bulundurarak “gözlem ve önleme” ile “bütünleşik uygulama birimleri” ön plana taşımışlardır. Değer yaratmada gerekli olan hasta merkezlilik, gözlem ve sağlık hizmetlerinin devamlılığı bu süreçler içerisinde yer almaktadır. Daha sonra katılımcılar DTSH gerçekleşmesinin yeni bir sistem tasarısı ile mümkün olabileceğini ve bu sistem tasarısına ve yapılacak tüm değişiklikleri destekleyecek kurumların olması gerektiği ifade edilmektedir.

3.2.4. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Nasıl Ölçülür?

Bu soruya yönelik olarak iki ana tema belirlenmiştir. Şekil 16’de ana temalar ve kategorileri görülmektedir. Buna göre maliyetleri düşürme ve entegrasyonun alt kategorisi bulunmamakta, fakat sağlık çıktılarına ilişkin kalite, memnuniyet ve tekrar başvuru kategorileri belirlenmiştir. İlgili tema ve kategoriler aşağıda incelenmektedir.



Şekil 16: Dördüncü araştırma sorusuna ilişkin tema ve kategoriler

3.2.4.1. Sağlık Çıktıları

Sağlık hizmetinin temel amacının hastaların sağlığını iyileştirmek olduğu kabul edildiğinde, sağlık bakım ekiplerinin sağlık sonuçlarını ve her hasta için bakım sunmanın maliyetlerini ölçmesi gerektiği varsayılmaktadır. Burada DTSH tanımlarında olduğu gibi sağlık çıktıları memnuniyet, kalite ve tekrar başvuru durumu olarak kategorilere ayrılmaktadır.

a) Memnuniyet: Hastaların tedavi sürecinde ve sonrasında yaşadıkları tüm süreçlerden memnun olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Memnuniyet, DTSH’de olması gereken ve ölçülmesi gereken unsurlar arasında yer almaktadır.

Katılımcılar aynı zamanda memnuniyeti DTSH geçişten sonra bir denetleme unsuru olarak da kabul etmektedir. Örneğin SP 3 durumu, *“DTSH geçişten sonra sistemin bir test aşamasını da hastalara sorarak gerçekleştirebiliriz. Bunu aldıkları himzetten memnun kalma olarak yapabileceğiniz gibi, uzun vadede sağlık statüsüne bakarak da cevaplayabiliriz.”* şeklinde açıklamaktadır.

Başka bir katılımcı ise sonuç ölçümlerinde aklına gelen ilk unsurun hasta memnuniyeti olduğunu ifade etmektedir. *“Sonuçlar denilince ilk aklıma gelen hastaların memnuniyeti geliyor.”* (SHS 7).

b) Tekrar Başvuru: DTSH tanımlamalarında olduğu gibi tekrar başvuru durumu katılımcılar için hastaların sağlık hizmeti sonrasında kısa süre içerisinde aynı şikayetlerden tekrar sağlık hizmetlerine başvurma durumu olarak tanımlanmaktadır. Hastaların tedavilerinden duygusal bağlamda memnuniyetsizliğini ötesinde fizyolojilerin de istenen durumun başarılmama durumu olarak görülmektedir. Katılımcılar tekrar başvuruyu değer ölçümünde önemli bir girdi olarak kabul etse dahi ölçümünün nasıl gerçekleşmesi gerektiği konusunda kararsız kaldıkları anlaşılmaktadır. Örneğin bir katılımcı, *“Ölçmemiz gereken bir şey ama ölçemiyoruz”* (ÜTÖ4). Bir diğeri, *“Çok fazla veri var ve gerçek nedeni tespit etmek zor. Mesela kaç gün içerisinde tekrar başvurular bizim için önemli. Ya hastanın başka şikayeti olmuşsa ikisi arasında farklar nasıl ayırt edilebilir.”* (SP 5).

c) Kalite: Katılımcılar bu konuda verilen sağlık hizmeti kalitesini daha yüksek bir seviyeye taşımaları gerektiğini ve QALY’yi arttırıcı yöntemlerin belirlenmesi gerektiği üzerinde durmaktadırlar.

DTSH tanımlamalarında olduğu gibi katılımcılar özellikle SHS ve SP sistemin özellikle QALY üzerinde kurulan bir sistem olduğunu, değer sonuçlarını burada aramamız gerektiğini ifade etmektedir (SHS 1 ve 2, SP 3, 4 ve 5, ÜTÖ 1, 2 ve 5). Örneğin, SHS 2 *“Verdiğim sağlık hizmetinin hastada yarattığı sonuçlara bir bakmak gerekir. Kıyaslama yapmak ne kadar doğru bilemiyorum ama hemen hemen aynı durumda olan hastalara verilen hizmet sonunda hastanın şikayetleri ya da yaşam ömrü birbirinden farklı olabiliyor. Bunu size en iyi sanırım dış dolgusu ile açıklayabilirim. İyi bir hekimden muayene olursanız daha uzun süre dolgunuz kalacaktır.”*

Bunun dışında katılımcılar, değer için hastanın sağlık düzeyini, iyileşme derecesini ve bu durum sürdürebilirliğinden bahsetmektedirler. Bu başlıklar birer kriter olacak şekilde

sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin belirlenmesinde faydalı olabilir (ÜTÖ 1, SHS 5, SP 6).

Örneğin SHS 5 “*Hastaları iyileştirme derecelerine bakılabilir, tabi burada komplikasyon durumlarına da ayrı parantez açmak gerekecek.*” şeklinde ifade etmektedir.

3.2.4.2. Maliyet

Değer yaratmak, sağlık çıktılarını iyileştirmek için oluşan tüm maliyetleri kapsamaktadır. Değerin ölçümü katılımcıların birçoğu tarafından defalarca tekrarlanmıştır (SHS 3 ve 7; SP 2, 6 ve 7; ÜTÖ 1, 3 ve 4).

Özellikle SP ve ÜTÖ katılımcıları sağlık hizmeti sunumunda her bir işleme özgü maliyetlerin ölçülmesi gerektiğini ifade etmektedir. Fakat mevcut sistemden bu maliyetlerin ölçülmediğini ve ölçülemeyeceğini ifade etmektedirler.

Katılımcılar bu durumu şu şekilde ifade etmektedir; “*Değere ilişkin maliyetler önemli, ama şuan sistemimiz bundan çok uzak, biz henüz fiyat belirleyemiyoruz doğru düzgün*” (SP 2). “*Tanımlamalarda ne demiştik, değer kalitenin artması ve maliyetlerin düşmesiyle tanımlanmaktadır. Biz şu an verdiğimiz hizmetinin bize neye mal olduğunu bilmiyoruz, ölçemiyoruz. Eğer bunu yapamazsak denklemin bir tarafı geride kalacak, neyi ne şekilde yaptığımızı bilemeyeceğiz.*” (ÜTÖ 4).

Tema ve kategorilere ilişkin katılımcıların görüşleri Tablo 13’de yer almaktadır. Görüşleri kategorik olarak belirlenen katılımcılara göre sınıflandırma yapılmamıştır. Bunun yerine ilgili tema veya kategoriye en iyi şekilde temsil ettiği düşünölen görüşlere yer verilmiştir.

Tablo 11: DTSH Nasıl Ölçülmeli? Sorusuna İlişkin Katılımcı Görüşleri

Tema	Kategori	İfadeler
Sağlık Çıktıları	Memnuniyet	- Hastalar için ulaşılabilen en iyi sağlık kazanımı oldu mu hasta gözünden ölçümlemek (SHS2) - Sonuçlar denilince ilk aklıma gelen hastaların memnuniyeti geliyor (SHS7). - Hastayı memnun etmek (SHS1) - DTSH geçişten sonra sistemin bir test aşamasını da hastalara sorarak gerçekleştirebiliriz. Bunu aldıkları himzetten memnun kalma olarak yapabileceğiniz gibi uzun vadede sağlık statüsüne bakarak da cevaplayabiliriz (SP3)
	Tekrar Başvuru	- Başta anlattığım gibi değerler yaratıpyaratılmadığı kontrol edilmelidir. Onlardan biriside hastaların iyileşme durumudur(SHS1) - Ölçmemiz gereken bir şey ama ölçmüyoruz(ÜTÖ4) - Çok fazla veri var ve gerçek nedeni tespit etmek zor. Mesela kaç gün içerisinde tekrar başvurular bizim için önemli ya hastanın başka şikayeti olmuşsa ikisi arasında farklar nasıl ayırt edilebilir (SP5). - Önemli bir kalite belirleme ölçüsüdür. (SP6) - Sistemde tekrar başvurular varsa bu sağlık hizmetinin sunum kalitesinde şüpheleri meydana getirmektedir. Bazen bir hasta bana gelmeden önce üç hekime gittiğini ifade etmekte ve çözüme kavuşmadığını görmekteyim. (ÜTÖ1)
	Kalite	- Kaliteli ölçmek için kriterlerin belirlenmesi (SHS1) - Sunulan sağlık hizmetinin faydasını arttırmak (SP6) - Hastalar için QALY ölçümleri yapmak (SP7) - Hastaların Sağlık düzeylerinin ölçülmesi (ÜTÖ1) - Hastaları iyileştirme derecelerine bakılabilir tabi burada komplikasyon durumlarında ayrı parantez açmak gerekecek (SHS5) - Hasta sağlığını geçici olarak mı kazanmakta yoksa bu durumunu sürdürebiliyor mu? Bakın sihirli bir değnek demiyorum ama en azından Türkiye’de yapılan benzer tedavi sonuçları ile karşılaştırılabilir (SP6)
Maliyet		- Günümüz sağlık hizmet sunumunda değer, hala tam olarak ölçülememektedir (SHS7) - Tıbbi sonuçların ve maliyetlerin ölçümü olarak sıralanmalıdır (SHS3) - Değer ilişkin maliyetler önemli ama şuan sistemiz bundan çok uzak biz henüz fiyat belirleyemiyoruz doğru düzgün (SP2). - Her hasta için maliyetler ölçülmeli (SHS4) - TİG’ler gibi en azından tedaviye ilişkin maliyetler bilinmelidir(SP5) - Tanımlamalarda ne demiştik değer kalitenin artması ve maliyetlerin düşmesiyle tanımlanmaktadır. Biz şuan verdiğimiz hizmetin bize neye mal olduğunu bilmiyoruz ölçmüyoruz. Eğer bunu yapamasak denklemin bir tarafı geride kalacak neyi ne şekilde yaptığımızı bilemeyeceğiz (ÜTÖ4).

Şekil 17’de örneklem belirleme aşamasında kategorilere ayrılan görüşmecilerin ilgili temaya ilişkin görüşlerinin ağırlıkları yer almaktadır. Her bir kategorik örnekleme bir renk atanmış ve ilgili tema da görüş bildirmelerine göre ağırlıklandırılmıştır. Buna göre sağlık çıktıları temasında sağlık politikacılar ile SHS hemen hemen eşit görüş bilindirirken maliyet temasında en fazla sağlık politikacıları görüş bildirmiştir.



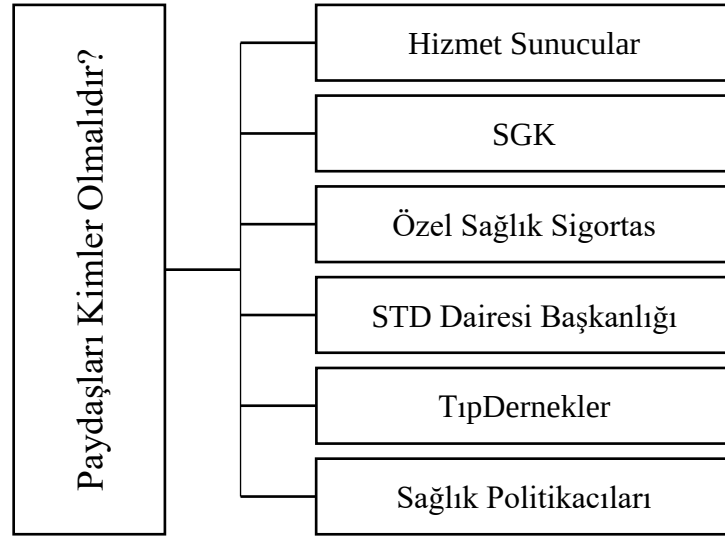
Mavi: SHS, Sarı: ÜTÖ, Yeşil: SP

Şekil 17: “DTSH Nasıl Ölçülmelidir?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları

DTSH ilişkin en önemli aşamalardan ve cevap verilmesi gereken sorulardan birisi yaratılan ya da yaratılması planlanan değer gerçekleşip gerçekleşmediğidir. Katılımcılar bu konuda DTSH tanımlamasında paralel sağlık çıktıları ve maliyetlerin ölçülmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu iki kavram birbiri ile ilişkili olarak değer izlenmesinde fayda sağlayacaktır. Fakat ölçümler ile ilgili detaylı bir ölçüm önerisi önerilmediği görülmektedir.

3.2.5. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Paydaşlar Kimler Olmalıdır?

Araştırma sorusunun en son sorusu olan DTSH’de paydaşlar kimlerdir sorusuna görüşmecilere göre değişkenlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Aşağıda, yer alan temalarda katılımcıların kimler olması gerektiği görülmektedir. Toplamda bu soruya yönelik olarak altı ana tema belirlenmiştir. Şekil 18’de ana temalar gösterilmektedir.



Şekil 18: Beşinci araştırma sorusuna ilişkin tema ve kategoriler

3.2.5.1. Hizmet Sunucuları

Katılımcılar, DTSH'ye geçişte SHS'nin sistem tasarımı, özellikle de değer yaratma aşamalarında öncelikli rol almaları gerektiğini düşünmektedir. Bu süreçte sağlık hizmet sunumunda değer hizmet sunucular tarafından ölçülmesi gerektiği ifade edilmektedir.

Katılımcılardan biri, *“Hizmeti veren onlar oldukları için yeni sisteme uyum sağlamada öncü olmaları gerekir”* (SP 4). Bir diğeri ise hizmet sunucuları hakkında *“Onları motive etmeliyiz ve anlatmalıyız, aksi halde direnç gösterilecektir.”* (SP 6). Benzer şekilde, *“Sağlıkta değer uzun zamandır çalışan bir olgu, ben hekimlerin bu konuda bilgili olduklarını düşünüyorum. Ama sistem kurgusu sırasında olmaları ve fikirlerinin alınması gerekir”* (ÜTÖ 5) demektedir. Buna göre hizmet sunucuları süreçlere dahil edilmesi halinde DTSH'ye geçişin daha kolay olması beklenmektedir.

3.2.5.2. Politikacılar

Hemen hemen tüm katılımcıları politikacılarının paydaşları bir araya getirme, ana stratejiyi belirleme ve uygulamanın politikacıların ana görev ve sorumluluğunda olması gerektiğini ifade etmektedirler.

Katılımcılardan biri, *“En büyük rolü sağlık politikacılarına bırakıyorum. Sağlık Bakanlığı'nı düşündüğünüzde ve verilen günlük sağlık hizmetine baktığınızda durumu daha net anlayacaksınız. Bakın şöyle izah etmeye çalışayım yaklaşık 1 milyon taşeron çalışıyor Bakanlığa bağlı kuruluşlarda.”* (SHS 7). Bir diğeri Sağlık Bakanlığı'nın

“Denetleyici ve düzenleyici bir rol alması gerekir.” (SP4) şeklinde durumu ifade etmekte ve bazı katılımcılar da bu görüşü desteklemektedir (SP2, ÜTÖ3).

3.2.5.3. Tıp Dernekleri

Değer yaratan sağlık hizmeti sunum ve ölçümüne yönelik olarak Sağlık Bakanlığı’na hazırlanan tıbbi bakım kılavuzlarının çok fazla işe yaramadığı konusunda görüşler bulunmaktadır. Uzmanlık alanlarına göre biçimlenmiş derneklerin (Örneğin Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği gibi.) bilinen ve en fazla değer yaratan uygulamalara ilişkin bilimsel araştırmalar yapma ve meslektaşları ile paylaşma konusunda mevcut durumda görev aldıklarını ifade eden katılımcılar, bu konularda daha fazla görev almaları gerektiği üzerinde durmaktadırlar.

Katılımcılar bu konuda, *Değere ilişkin kılavuz hazırlamada Sağlık Bakanlığı’nı başarısız buluyorum, yani hastalık ve tedavilere yetişemiyor gibi duruyor. Bu sebeple özellikle bazı tıbbi derneklerin ve akademisyenlerin hazırladıkları tedavi planları mevcut alanda bunlar daha çok kullanılıyor.*” (SP 4). Bazı katılımcılar ise sistem kurgusu sırasında özellikle tıp derneklerine süreçlerin anlatılması gerektiğini ifade etmektedirler (SHS 3 ve 5). Böylece sistem geçişinin daha hızlı ve sorunsuz olacağını iddia etmektedirler. Örneğin SHS 5, *“Sistemde bir rol almaları ve fikirlerinin toplanması gerekir diye düşünüyorum. Aksi halde sistemin işlevinde problemlere sebebiyet verecektir. Özellikle maliyet kısmının anlatılması gerekir.”* şeklinde durumu ifade ederek DTSH’ye geçişte tıp derneklerinin önemini öne çıkarmaktadır.

3.2.5.4. Sosyal Güvenlik Kurumu

Katılımcılar SGK’nın sağlık sistemi içerisinde büyük bir rolünün olduğunu ifade edilmektedir. Bu rol, hangi sağlık hizmetlerinin sunulacağını belirlenmesi ve hangi ödeme yöntemi kullanılarak nasıl ödeme yapılacağı ile ilişkilidir. Bir katılımcı DTSH’ye geçişte SGK’nın rolünü; *“Türkiye’deki en büyük alıcı olarak gücünü daha net kullanmalıdır”* (ÜTÖ 2) şeklinde ifade etmektedir.

Bir diğer katılımcı ise 2019 yılında başlanan ve ara verilen değer temelli satın alma ile değer yaratılmasında daha da önemli bir rol oynayacağını ifade etmektedir. *“En başta SGK değer temelli satın alma sistemini geliştirmeli ve sunmalıdır. Burada öncülük edebilir.”*(ÜTÖ 4). Bir diğer katılımcı ise *“SGK genel bütçe ödemelerinden vazgeçip bu*

sisteme daha yakın bir ödeme yöntemi gerçekleştirmesi, ona düşen en büyük rol olacaktır.” (ÜTÖ 5) Diyerek durumu özetlemektedir.

3.2.5.5. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Dairesi Başkanlığı

Bu dair başkanlığı, sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin çeşitli yönlerini inceleyen ve yorumlayan kuruluştur. Değerlendirmeleri bağlayıcılık taşımamakla beraber Sağlık Bakanlığı’na sunulmaktadır. 2013 yılında raporlarını sunmaya başlamıştır. Şu anda toplam 13 raporu bulunmaktadır. Katılımcılar daha kaliteli ve daha düşük maliyetli sağlık hizmetlerini belirlemede STD Dairesi Başkanlığı’nın büyük ve önemli bir rol oynadığını ifade etmektedir. Fakat kurum henüz gelişme aşamasında olduğu için çalışmaları ve çalışma biçiminin geliştirilmesi gerektiğini söylemektedirler (SP 5 ve 6). Fakat bu daire başkanlığının organizasyon biçimini eleştiren katılımcılar da bulunmaktadır. Örneğin SP 4, *“Doğrudan asla değer yaratamaz ve işleyişinde bir takım problemler var. Mesela hangi ilaç ve cihaz hakkında rapor hazırlanacağı gibi. Özerk olması gerekirken kısmi bir özerkliğe sahip duruyor.”* şeklinde görüş bildirerek bu kuruluşun organize edilmesi gerektiğini belirtmektedir.

3.2.5.6. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortacıları mevcut sistem içerisinde özellikle özel sağlık kuruluşları ile yaptıkları anlaşmalar ve ödeme gücünü elinde bulundurması sebebi ile önemli bir yer tutmaktadır. Bir katılımcı bu konumu ile özel sağlık sigortalarının sistemde en büyük alıcı olan SGK kadar büyük olmasa da özel sağlık kuruluşlarının değer yaratması ve kontrolün sağlamasında itici ve denetleyici bir rol alacağını düşünmektedir (ÜTÖ 3). Örneğin ÜTÖ 1 bu konuyu şu şekilde özetlemektedir; *“Alıcı kurumlar arasında henüz küçük oyuncular içerisinde yer alıyor gibi gözükebilir. Fakat tamamlayıcı sağlık sigortası ile poliçelerinin sayısı artıyor. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarının da daha fazla değer yaratmasında düzenleyici bir rolünün olduğunu gösteriyor.”*

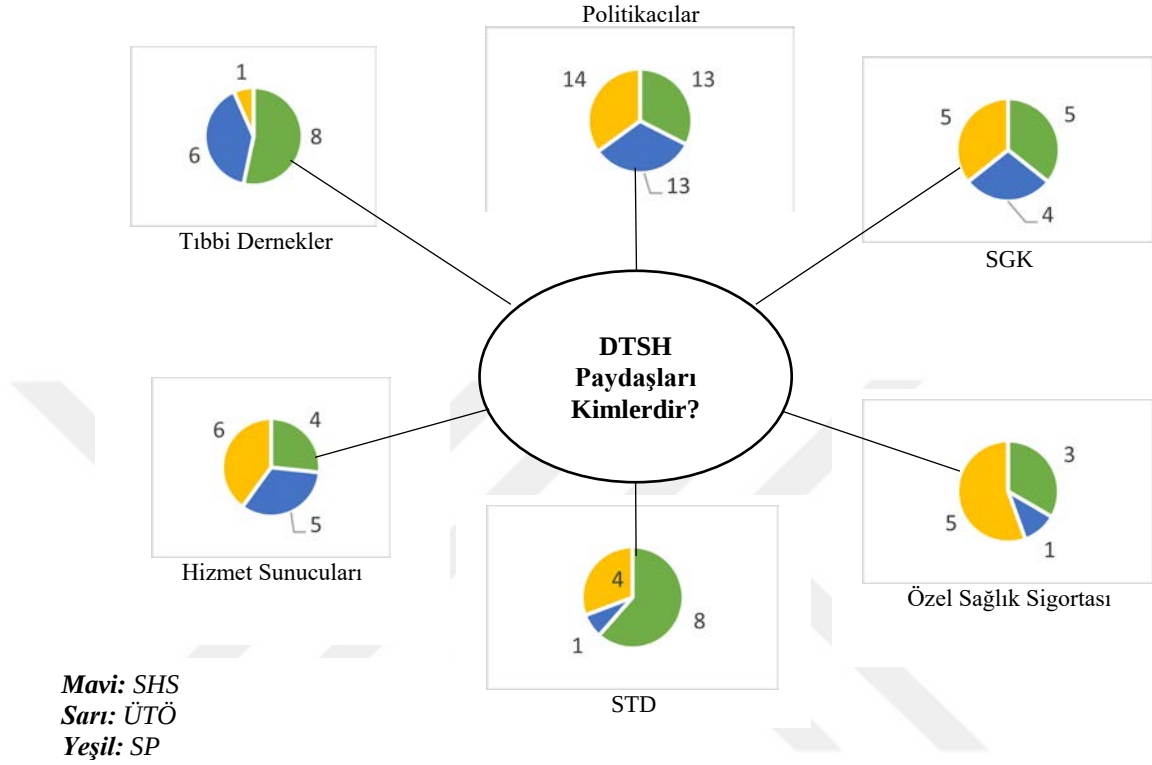
Mevcut sistemde bile görece güçlü gözüken sigorta şirketleri müşterilerinin sağlık kayıtlarını ve hastaneden memnuniyet ve memnuniyetsizlik oranlarını incelemektedir. Sigorta şirketleri müşterilerinin memnuniyetsizliği ile karşılaştığında özel sağlık kuruluşu ile çalışmasını kısıtlayabilmekte, hatta feshedebilmektedir. Bu durum genel olarak özel sağlık kuruluşlarının hem mevcut durumda hem de ileriki dönemlerde sunulan sağlık hizmetinin değerini belirlemede önemli bir rolünün olduğunu göstermektedir.

Tema ve kategorilere ilişkin katılımcıların görüşleri Tablo 14’te yer almaktadır. Tabloda ilgili tema veya kategoriye en iyi şekilde temsil ettiği düşünülen görüşlere yer verilmiştir.

Tablo 12: DTSH Paydaşları ve Roller Nelerdir? Sorusuna İlişkin Katılımcı Görüşleri

Tema	İfadeler
Hizmet Sunucular	- Hizmeti veren onlar oldukları için yeni sisteme uyum sağlamada öncü olmaları gerekir (SP4) - Değer yaratmada önemli bir güç hekimler oluşturmaktadır (SP1) - Onları motive etmeliyiz ve anlatmalıyız aksi halde direnç gösterilecektir. (SP6) - Sağlıkta değer uzun zamandır çalışan bir olgu ben hekimlerin bu konuda bilgili olduklarını düşünüyorum ama sistem kurgusu sırasında olmaları ve fikirlerinin alınması gerekir. (ÜTÖ5) - Veri toplanmasında işlenmesinde önemli bir rolleri olacaktır.(SP5) - Sistemi onlar için daha güçlü bir hale getirmeliyiz.(ÜTÖ2) - Tüm süreci hekimlerin ya da hekim kökenli yöneticilerin yapması gerektiği kanaatindeyim. Alanı görmeyenler burayı yönetemezler. Bunu uzun süredir tecrübe etmiş birisi olarak size söylüyorum.(SHS1)
SGK	- Türkiye’de ki en büyük alıcı olarak gücünü daha net kullanmalıdır. (ÜTÖ2) - En başta SGK değer temelli satın alma sistemini geliştirmeli ve sunmalıdır. Burada öncülük edebilir. (ÜTÖ4) - SGK genel bütçe ödemelerinden vazgeçip bu sisteme daha yakın bir ödeme yöntemi gerçekleştirmesi ona düşen en büyük rol olacaktır. (ÜTÖ5)
Özel Sağlık Sigortası	- Alıcı kurumlar arasında henüz küçük oyuncular içerisinde yer alıyor gibi gözükebilir fakat tamamlayıcı sağlık sigortası ile poliçelerinin sayısı artıyor. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarının da daha fazla değer yaratmasında düzenleyici bir rolünün olduğunu gösteriyor.(ÜTÖ1) - Özel sağlık kurumlarından aldıkları hizmetleri denetleme ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini belirlemede rolü mevcuttur. (ÜTÖ2) - Tek başına değeri yaratmada yetersiz kalacaktır. Ama sisteme entegre edilebilir. (ÜTÖ3)
STD Dairesi Başkanlığı	- İlaç ve tıbbi cihazların değerlendirilmesinde önemli bir role sahip.(SP6) - Doğrudan asla değer yaratamaz ve işleyişinde bir takım problemler var. Mesela hangi ilaç ve cihaz hakkında rapor hazırlanacağı gibi. Özerk olması gerekirken kısmi bir özerkliğe sahip duruyor. (SP4) - SGK ve SB değeri belirlemede ve satın almada önemli tavsiyelerde bulabileceğini düşünüyorum. Araştırmalar sayesinde değer yaratım süreci artacaktır.(SP5)
Tıp Dernekleri	- Değere ilişkin kılavuz hazırlamada SB başarısız buluyorum yeni hastalık ve tedavilere yetişemiyor gibi duruyor. Bu sebeple özellikle bazı tıbbi derneklerin ve akademisyenlerin hazırladıkları tedavi planları mevcut alanda bunlar daha çok kullanılıyor.(SP4) - Sistemde bir rol almaları ve fikirlerinin toplanması gerekir diye düşünüyorum. Aksi halde sistemin işlevinde problemlere sebebiyet verecektir. Özellikle maliyet kısmının anlatılması gerekir.(SHS5)
Sağlık Politikacıları	- -En büyük rolü sağlık politikacılarına bırakıyorum. Sağlık bakanlığını düşündüğünüzde ve verilen günlük sağlık hizmetine baktığınızda durumu daha net anlayacaksınızdır. Bakın şöyle izah etmeye çalışayım yaklaşık 1 milyon taşeron çalışıyor bakanlığa bağlı kuruluşlarda.(SHS7) - Denetleyici ve düzenleyici bir rol alması gerekir.(SP4) - Sistem parçalarını bir araya getirmelidir.(ÜTÖ4) - Eğer geçileceğini düşünüyorsak performans sistemini ve süreçlerin gerçekleştirilmesini hazırlamalıdır.(SHS5) - - Sistemi topyekün değiştiremeyeceğinizden ve birçok kritik anahtar da hali hazırda bakanlıkta olduğunu bildiğimizden onların başlatması ve ilerletmesi gerekmektedir.(SP2)

Şekil 19’da örneklem belirleme aşamasında kategorilere ayrılan görüşmecilerin ilgili temaya ilişkin görüşlerinin ağırlıkları yer almaktadır. Her bir kategorik örnekleme bir renk atanmış ve ilgili tema da görüş bildirmelerine göre ağırlıklandırılmıştır.



Şekil 19: “DTSH Paydaşları Kimler Olmalıdır?” Sorusuna ilişkin katılımcı yoğunlukları

Son olarak katılımcıların DTSH katılımcıların kimler olması gerektiği sorusu yönetilmiştir. Tüm katılımcılar yukarıda belirlenen temalar yorum yapmasına karşılık sistemin oluşturulması, denetlenmesi ve uygulanması aşamalarında farklı paydaşlara farklı görevler verdikleri görülmektedir. Türk sağlık sisteminde önemli bir rolü olan Sağlık Bakanlığı ve politikacılara ise hemen hemen tüm aşamalarda önemli rollerin verildiği ve kurum tarafından süreçlerin başlatılması gerektiği ifade edilmektedir. Özetle DTSH tasarısında politikacılar, hizmet sunucuları, STD Dairesi Başkanlığı, SGK, Özel sağlık sigortaları ve tıp dernekleri rol almalıdır.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma ile DTSH'nin ne olduğu, niçin gerekli olduğu, nasıl gerçekleştirilebildiği, nasıl ölçülebildiği ve paydaşların kimler olduğu SHS, SP ve ÜTÖ üzerinde yapılan araştırmayla ortaya konulmuştur. Bu soruların cevapları öncelikle literatür incelemesi yapılarak aranmıştır. Daha sonra elde edilen bilgiler ışığında katılımcılar ile görüşmeler gerçekleştirilmiş ve konu detaylı bir şekilde irdelenmiştir. Bu bölümde bu çabaların sonucunda ortaya çıkan araştırma bulguları ile literatür tartışması ile konuya ilişkin uygulayıcılara ve araştırmacılara öneriler sunulmaktadır.

4.1. Tartışma ve Sonuç

Araştırmada ilk aranan cevap DTSH'nin ne olduğuna ilişkindir. Katılımcıların kavrama ilişkin cevapları üç tema içerisinde incelemiştir. Katılımcılardan elde edilen bilgiler, kavramı bir tema altında net bir şekilde ortaya koymamakta, üç temanın kesişiminde bir anlam bütünlüğünün olabileceğini göstermektedir. DTSH, hizmet maliyetlerinin ölçümünü, etkili ve verimli kullanımı ile istenilen sağlık çıktılarına ulaşmayı ve hizmetlerin entegrasyonunu içermektedir. Her boyut katılımcı kategorileri arasında farklı yoğunluklarda önem taşımaktadır. Bu kategorilerin kendilerine atfedilmiş birincil özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Örneğin SHS kavramı daha çok sağlık çıktıları ile ilişkilendirirken; SP'nin maliyetleri düşürme ve entegrasyona daha çok önem verdiği görülmektedir. Kategorize edilmiş katılımcıların yorumlarında bu tarz farklılıklar olsa da ortak bir payda da kavram tanımlanabilmektedir.

Katılımcılar DTSH tanımlarken literatür tanımlamalarına göre bir takım benzerlikler (Block, 2016; Terrell, 2018) ve farklılıklara (Van Citters et al.,2014; Nilsson et al . 2017; Elf et al., 2017; Gordon, Chang ve Burrill, 2018) sahip olduğu görülmektedir. Tanımlamaların benzerlikleri büyük oranda katılımcıların sağlık hizmeti çıktıları ile maliyetleri ilişkilendirmelerinden meydana gelmektedir. Entegrasyon boyutu çoğu literatür tanımlamada doğrudan karşımıza çıkmamaktadır, ama tanımlamaların içerisinde bir boyut olarak görülmektedir (Elf et al., 2017; Nilsson et al., 2017). Farklılıklarda ilk olarak “*hasta merkezli bakım*” geri planda kalmaktadır. Katılımcı yorumlamalarında kısmi olarak her hastaya özgü çıktılar ve maliyetlerden bahsedilse de hasta merkezli bakım vurgusu net bir şekilde ortaya konulmamıştır. İkinci farklılık oluşturan unsur, sisteme ilişkin sürekli geliştirmeden bahsedilmemiş olmasıdır. Bu durum katılımcıların kavramı durağan bir yapı olarak algıladıklarına işaret etmektedir. Halbuki literatürde

sıklıkla sistemin sürekli değişimine ve gelişimine vurgu yapılmaktadır (Petersen, et al., 2016). Değer yaratacak unsurlar sürekli aranmalı, bulunmalı ve uygulanmalıdır. Tanımlamaların son farklılığını ise katılımcıların sadece sağlık ile alakalı sistem ve süreçlerden bahsetmiş olmalarıdır. Literatürde kavrama ilişkin tanımlamalar içerisinde multidisipliner hizmetlerin koordinasyonundan da bahsedilmektedir. Bu hizmetler bireylerin sağlıklı yaşam sürmelerini kazandıran ve arttıran unsurlardan oluşmaktadır (Kolarczyk et al., 2017). Son olarak, kavrama ilişkin hem literatürden hem de katılımcıların görüşleri alınarak birer kelime bulutu oluşturulmuştur. Literatüre göre en sık tekrar eden kelimeler, bakım, hasta, maliyet, kalite ve sonuçlar kelimelerinden oluştuğu görülmektedir. Katılımcılara göre, en fazla tekrar eden kelimeler, maliyet, bütünleştirmek, gereken, sistem, kaliteli ve hizmet oluşturmaktadır. Bu sonuçlarda katılımcılar ve literatür arasında bir takım farklılıkların olduğunu ve göstermektedir. Literatürde bakım, hasta ve maliyetler ön plandayken, katılımcılar için maliyetler, sistemin bütünleştirilmesi ve gerekli olduğu ön plana çıkmaktadır. Hasta bu nokta katılımcılar için daha geri plana atılmaktadır. Bu çalışma kapsamında aranan ilk cevap, DTSH tanımlaması idi. Katılımcılara göre DTSH, parça parça sunulan sağlık hizmetlerinin entegre edildiği ve bu hizmetlere ilişkin sağlık çıktılarının ölçüldüğü ve maliyetler ile ilişkilendirildiği bir sağlık sistemidir. Bu sayede Türk Sağlık Sistemi'ne ilişkin tanımlama, sağlık hizmet sunumunun ve buna ilişkin sağlık çıktılarının maliyetler ile ilişkilendirildiği ve bütünsel uygulamaların olması gereken bir sistem olarak tanımlanmaktadır.

Araştırmada üzerinde durulan ve cevabı aranan ikinci soru DTSH'nin niçin gerekli olduğudur. Bu sorunun alt metinde yer alan iki farklı soru vardır. Bunlardan ilki mevcut Türk sağlık sistemi içerisinde yer alan problemlerin neler olduğu; ikincisi ise DTSH'nin bu problemlerin çözümüyle nasıl ilişkilendirilebileceğidir. Katılımcılar, bütüncül bakış eksikliği ve anlık çözümler sunulmasını bir sistem tasarım problemi olarak ifade ederken; hizmet sunumunda yaşanan problemleri, yükselen maliyetler ve sürdürülebilirlikte yaşanan problemleri uygulamaya yönelik problemler olarak ifade etmektedirler. Belirlenen her bir probleme ilişkin kategorize edilmiş katılımcıların ifadeleri ve yoğunlukları farklılık göstermektedir.

Fakat tüm tema ve kategoriler incelendiğinde en fazla yorumu SHS ve SP katılımcılarının yaptığı görülmektedir. Bu durum beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. SHS ve SP yaptıkları işlere ve uzmanlıklara göre ÜTÖ'lerden daha farklı şekilde

anlamlandırmakta ve sağlık hizmet sunumuna ilişkin daha bütüncül bakabilmektedirler. ÜTÖ'ler ise bu soru çerçevesinde daha çok maliyetler ve geri ödemeler ile ilgilendikleri görülmektedir. Bu soruya ilişkin oluşturulan ilk tema **anlık çözümler** sunulmasıdır. Burada her ne kadar SHS'nin yoğun görüş bildirdikleri görülse de tüm katılımcılar için önemli bir sistem problemi olarak görülmektedir. Literatürde farklı sağlık sistemlerinin aynı problemlere sahip olduğu ifade edilmektedir (Porter, 2014). Anlık çözümlerin sunulması gerekli olmakla birlikte tüm sağlık sisteminin bu bakış açısıyla oluşturulmasının zaman içerisinde bir takım problemlere sebep olduğu ifade edilmektedir. Bu problemler hacim arttıkça ortaya çıkmaktadır. Ayrıca Türkiye'de OECD verilerine göre sağlık çalışanının nüfusa oranının 2015'ten günümüze sürekli arttığı gözlense de OECD ülkelerine göre sağlık çalışanı nüfus oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir (OECD, 2020). Hacim arttıkça değer azalmakta ve bu manada sistem sürekli olarak kendini yenilemek zorunda kalmaktadır (Ergin, 2019). Burada sistem değişimi (DTSH geçiş) ile beraber hacmi değil, değeri ön planda tutarak hacim artışının beraberinde getirdiği problemlerin önüne geçilebilir. Bu durum, DTSH niçin gereklidir sorusunun cevapları arasında yer alan ikinci temayı öne çıkarmaktadır. **Sağlık hizmet sunum problemleri**, katılımcılar için oldukça önemli problemler arasında yer almaktadır. Katılımcılar bu problemleri, **memnuniyetsizlik, güven eksikliği ve standartların olmaması** ile ilişkilendirmekte ve bu problemleri DTSH ile çözüme kavuşacağını ileri sürmektedirler. Literatürde bu problemlere benzer problemlerin sağlık sistemlerinde var olduğu (Ergin, 2019; Seyfioğlu, 2019) ve DTSH ile çözülebileceği ifade edilmektedir (Kim, Farmer ve Porter, 2013).

Memnuniyetsizlik problemi, Türk Sağlık sistemi içerisinde de önemli problemler arasında yer almaktadır. 2016 Sağlık Bakanlığı faaliyet raporunda hedefleri ve tedbirler arasında hasta memnuniyetini arttıracak yollar ve düzenlemeler yapılması gerektiği ifadeleri yer almakta, fakat istenilen seviyeye gelmediği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı ve TÜİK verilerine göre 2019 yılında hastaların sağlık kuruluşundan memnuniyet oranı % 67,1'dir (TÜİK, 2019). Ayrıca, 2016 yılından günümüze memnuniyet oranı sürekli olarak bir düşüş halindedir. Sağlık Bakanlığı verileri dışında farklı araştırmacılar tarafından yapılan ampirik çalışmalarda da sağlık sistemine ilişkin memnuniyetsizlik tespit edilmiştir (Yaman, 2019; Konca, 2020). DTSH'nin benimsenmesi demek, hasta odaklı tedavi, müşteri memnuniyeti, yüksek kalite, düşük maliyet, hizmetlere erişim ve

en önemlisi hasta için değer yaratma anlamına gelmektedir (Çavmak, 2020). Böylece memnuniyet oranlarının tekrar yükseleceği düşünülmektedir.

Bir sonraki sağlık hizmet sunum problemi katılımcılar açısından **güvensizlik**dir. Literatürde sağlık hizmetlerinin eksik, yanlış ya da gereksiz kullanımı tartışılmakta ve bu konuların finansal çıktılarından daha ziyade hastalarda yarattığı güvensizlikle ilgili sonuçlarına odaklanılmaktadır. Hastaların sağlık sistemine ya da SHS'ye güven duymamaları, doktor tavsiyelerine daha az uymaları, tedavi için başka hekimlere başvurmaları gereksiz sağlık harcamalarının yapılması ile sonuçlanmaktadır (Türkyılmaz, 2021). Ertong (2011), hekime karşı hastaların güven duymaması durumunda tedavisine devam etmediğini ve hekim tavsiyelerini yerine getirmekten kaçındığını ifade etmektedir. Temel ve Aydın (2018), sağlık çalışanlarının güven bozucu davranışlar sergilemesi durumunda hastaların tedaviyi yarım bıraktıklarını ve hastane tercihlerini değiştirdiklerini ileri sürmektedir. Bütün bunların dışında sağlık hizmetlerinde yaşanan güvensizlikten kaynaklı olarak ilaçların kullanılmaması ve gereksiz yere ilaç maliyetlerinin artması da söz konusu olabilmektedir (Giordano ve Lindstrom, 2016). Nihai olarak Birkhäuser ve arkadaşları (2017), maliyet etkinliğini sağlamada güvenin önemli bir belirleyici olabileceğini iddia etmektedirler. Tüm bu sonuçlar sağlık hizmet sunumunda güvensizlik yaşandığını ve bu güvensizliğin maliyetleri arttırıcı bir rol oynadığını, dolayısıyla DTSH'den çok uzak olduğunu ve çözümün DTSH ile ortaya konulabileceğini göstermesi bakımından önemlidir.

Sağlık hizmetlerine ilişkin diğer bir problem **standartlaşmanın olmaması**dır. Katılımcılar standartlaşma olmadığı durumlarda hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin maliyeti ve sonuçlarının farklı olabileceğini, bunun değerlendirme problemlerine sebep olabileceğini, bu sebeple bir standartın olması gerektiğini vurgulamakta ve Türk sağlık sisteminde standartların olmadığını ya da beklenenden az olduğunu ifade etmektedirler. Türkiye örneğinde DTSH üzerinde gerçekleştirilmiş bir başka çalışmada da benzer problemlerin tespit edildiği görülmekle (Ergin, 2019) birlikte problemin sadece Türkiye'ye özgü olmadığını belirtmek gerekmektedir (Kim, Farmer ve Porter, 2014). Bununla birlikte Türkiye de Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı bünyesinde yapılan çalışmalarla hastanelere, ağız ve diş sağlığı merkezlerine, 112 hizmetlerine ve diyaliz merkezlerine özgü olarak sağlık kalite standartları belirlenmiştir. Ancak sonuçların izlenmesi ve standartların geliştirilmesi ile sunulan hizmetin değerinin arttırılabileceği düşünülmektedir.

Katılımcılara göre bir sonraki DTSH'ye ilişkin gereklilik sağlık hizmetlerinde **yükselen maliyetlerden** kaynaklanmaktadır. Katılımcılar Türk sağlık sistemi içerisinde maliyetleri arttıran unsurlar olarak gelecekte **yaşlanan nüfus** ile birlikte artacak kronik hastalıklar ile halen uygulanmakta olan **defansif tıp** davranışlarını göstermektedir. DTSH literatürü incelendiğinde de sistemin çıkış noktalarından birinin yükselen maliyetlere karşı alınacak önlemler olduğu görülmektedir (Raspe, 2018; Porter, 2010).

Hem AB ülkelerinde hem de Türkiye'de **yaşlı nüfus** giderek artmaktadır (TÜİK,2021; OECD, 2021). Bu oran Türkiye'de dikkate değer şekilde gelişmektedir ve son beş yıl içerisinde yaşlı nüfus oranı % 22,5 artmıştır (TÜİK, 2021). Yaşlı nüfusun artması sonucunda bireylerin sağlık hizmeti gereksinimi de artmaktadır (Şengün, 2016). Görüldüğü üzere Türkiye'de yaşlılık yeni bir olgu değildir, fakat gün geçtikçe yaşlı nüfusunun artması sağlık harcamalarının da artmasına sebebiyet verecektir (Aydemir ve Yaşar, 2020). AB ülkeleri için yapılan çalışmalarda yaşlanmanın hızlı gerçekleştiği ve bununla ilişkili olarak sağlık harcamalarının da arttığı tespit edilmiştir (Erol, 2011). Bu problemler göz önünde bulundurularak, Sağlık Bakanlığı 2015- 2020 yılları arasında sağlıklı yaşlanma eylem planını devreye sokmuştur (SB, 2015). Bu eylem planının sonuçları ile ilgili net bilgiler elde edilemese de Bakanlığın eylem planları ile yaşlı nüfus ve sağlık hizmetlerine ilişkin planlamalar yapması bakımından önemli bulunmaktadır. Bu konuda yararlanılabilecek araçlardan bir tanesinin DTSH üretimi olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Katılımcı görüşleri ve literatür incelendiğinde de ilerleyen dönemlerde sistemin özellikle yaşlılar için önemli bir değişim geçireceği tahmin edilmektedir.

Defansif tıp maliyetleri arttıran unsurlardan bir diğeri olarak görülmektedir. Porter (2010) doğrudan SHS'nin defansif tıp davranışlarının değil, bunun yerine sağlık hizmetlerinin az, eksik ve fazla sunumunun maliyetleri arttığını ileri sürmektedir. Katılımcılar ise burada defansif tıp kavramını kullanmayı tercih etmişlerdir. Son dönemlerde akademik çalışılmalarla dikkat çeken defansif tıp olgusu sağlık harcamaları ile ilişkilendirilmekte ve gün geçtikçe arttığı ifade edilmektedir (Keane, McCormick ve Popławska, 2020; Livio ve Padula, 2020). Defansif tıp SHS'nin sağlık hizmetini fazla ya da eksik verilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte defansif tıp uygulamalarının öncül ve sonuçları ilgili sağlık sistemine ve zamana göre değişebilmektedir (Ünal, 2020). Fakat her ne şekilde olursa olsun bu davranış biçimi sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Ayrıca defansif tıp sağlık sistemi verimliliği, etkililiği ve kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan güncel çalışmalarla Türk hekimlerinin de bu uygulamaya yaygın

bir şekilde başvurduğu ve bu uygulamaların birçok olumsuz sonuçlarının olduğu tespit edilmiştir (Ünal, 2020; Özer ve Aslan, 2020).

DTSH gerekliliğine ilişkin elde edilen bir başka sonuç, **bütüncül bir bakışın olmaması**dır. Bu eksikliğin DTSH ile çözülebileceği düşünülmektedir. Bütünleşik bakış eksikliği, katılımcılar açısından sağlık sisteminin kendisine özgü problemleri arasında yer almaktadır. Sağlık sistemi genellikle uzmanlar ve departmanlar çevresinde kurgulanmaktadır. Tıbbi tedavi hastaların ihtiyaçları yerine uzmanlık alanları etrafında dar bir şekilde tanımlanmaktadır. Böylece tedavi etkinliği sağlanamamaktadır (Porter ve Lee, 2013). Tedavi etkinliğinin gerçekleşmemesi değerin yaratılmasının önünde önemli engellerden bir tanesidir. Örneğin, birden fazla hastalığa sahip hastalar birden fazla sağlık uzmanından sağlık hizmeti almaktadır. Hasta ve hasta yakınları, her hastalık için farklı hekimlere muayene olmaktadır. Hekimlerin birbiriyle çelişen tavsiyelerine uymaya çalışmaktadır (Porter ve Lee, 2013). Bu durum hastaların tedavi süreçlerini yönetmek için gereken enerji, diyet ve egzersize dayalı yaşam tarzı değişiklikleri yapmak için istenmeyen bir zorluğu da beraberinde getirmektedir. Klinik olarak entegre edilen ekipler, birden fazla randevuya gitmek zorunda bırakılan, vakit harcayan hastalara ve ortak bilgi eksikliğine çözüm aramaktadır (Çavmak, 2020; Seyfioğlu, 2019). Bu sebeple bütüncül bakış eksikliği giderilmeli ve değere yaklaştırılmalıdır.

Katılımcılar açısından DTSH sağlığın ve finansal **sürdürülebilirliğin** sağlanması açısından da önemli bir sistem önerisi olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri, sürdürülebilirlik konusundaki mevcut tartışmada çok önemli bir konuyu temsil etmektedir. Sağlık sistemleri içinde sürdürülebilir uygulamalar geliştirmek, yalnızca bakım hakkını garanti altına almak için değil, aynı zamanda bir ülkenin büyümesini artırmak için de önemli bir unsurdur (Başar, Künü ve Bozma, 2016). Yıllar içerisinde sağlık hizmeti kullanımının artması ve sürekli yeni ve maliyetli müdahalelerin gelişmesi, hükümetler için artan bir endişe kaynağı olarak görülmektedir (Parkinson et al., 2015). DTSH içerisinde büyük ölçüde sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir yönetim yaklaşımlarını teşvik etmenin bir planı olarak kabul edilmektedir (The Economist, 2020). Bu paradigma, hasta için sonuçlar ve maliyetler arasındaki oranla ölçülebilecek daha fazla değere yönelik bakım sunmanın önemini vurgulamaktadır (Porter, 2010). Genel olarak sağlık sektöründe değer temelli yaklaşımın benimsenmesi ile toplum, hastalar, geri ödeme kurumları ve hizmet sunucuları için bir kazanım ve ekonomik sürdürülebilirlik söz konusu olmaktadır (Porter, 2010). Bunun dışında sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini korumaya çalışan gelişmiş

ülkelerde DTSH olan ilgi önemli ölçüde artmaktadır. Walraven et al. (2021), DTSH yakında sağlık ekonomisi politikası ve karar vermede anlamlı bir rol oynayacağını tespit etmiştir. Ayrıca araştırmacılar DTSH ile maliyet etkinlik arasında kurulacak entegrasyon ile her iki alanda da iyileştirme fırsatlarının sağlanabileceğini işaret etmektedir. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda DTSH, Türk Sağlık Sistemi için mevcut sisteme ilişkin problemlerin (bütüncül bakış ve anlık çözümler) çözümünde, şuanda var olan sağlık hizmet sunum problemleri ve ileride beklenen (yükselen maliyetler, sürdürülebilirlik) problemlerin çözümünde olması gereken bir sistem tasarımıdır.

DTSH niçin gereklidir sorusu doğrudan DTSH nasıl gerçekleştirebilir sorusu ile ilişkilendirilmektedir. Katılımcılar DTSH olması gerektiğine ilişkin ortaya koymuş oldukları gerekçeleri bu soru altında çözüme kavuşturmaya çalışmaktadır. Türk sağlık sistemine değerin entegre edilmesi katılımcıların görüşleri doğrultusunda beş tema altında toplanmıştır. Bu temalar, gözlem ve önleme, yeni sistem tasarımı, bütünleşik uygulama birimleri, sağlık hizmeti kullanım kültürü ve sistemi destekleyecek kurumların varlığıdır. Bu soru çerçevesinde en yoğun görüş bildiren katılımcılar SP olmuş ve onu sırası ile SHS ve ÜTÖ takip etmiştir. SP'nin konu hakkında daha fazla görüş bildirmesi beklenen sonuçlar arasında yer almaktadır. Bunun sebebi Türk sağlık sisteminde uygulanması tartışılan olgunun politik bir unsuru barındırdığı gerçeğidir. Aynı zamanda ortaya çıkan temalar içerisinde en yoğun katılımcı yorumları destekleyici kurumlara ve yeni sistem tasarımına ilişkindir.

Araştırma sorusuna ilişkin ilk ortaya çıkan tema **gözlem ve önleme** temasıdır. Katılımcıların özellikle SHS'nin bu temaya ilişkin yoğun bir öneri sundukları görülmektedir. Bu tema kendi içerisinde bilgi platformu ve hastaların ihtiyacını anlamak olarak kategorize edilmiştir. Katılımcılar Türk sağlık sisteminde değeri entegre etmede ve izlemek için **bilgi platformunun** efektif kurulması ve her hasta için izlemelerin yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Her hasta için yaratılan değerin ve maliyetlerin izlenmesinde veri toplayabilen, analiz edebilen ve raporlayabilen bilgi teknoloji platformlarına ihtiyaç vardır (LaPointe, 2016; Jensen ve Ward, 2016). DTSH üzerine gerçekleştirilen çalışmalara bakıldığında sağlık hizmetlerinde değeri arttırmak için temel bir strateji olduğu ve ilerleyen dönemlerde öğrenen sağlık sistemlerine geçişin olması gerektiği ifade edilmektedir (Menear et al., 2019; Porter, 2010). Bu konuda SB, e-nabız ve diğer bilgi sistemi yazılımlarını oluşturmuş ve akademisyenler ile süreç içerisinde çalışmalarını hızlandırmaktadır. Mevcut çalışmalar DTSH için doğrudan gerçekleşmese

dahi verilerin toplanması ve geliştirilmesi sistem geçişinde işe yaracağı düşünülmektedir. Böylece kaynak tasarrufu sağlanabilecek ve verimlilik arttırılacaktır (Memişoğlu ve Kalkan, 2016).

Gözlem ve önleme temasında ortaya çıkan diğer kategori ise ***hasta ihtiyaçlarını anlama*** kategorisidir. Değer tanımlamalarında da olduğu gibi katılımcılar DTSH gerçekleştirmek için hasta ihtiyaçlarının anlaşılması gerektiğini ifade etmektedir. Bu durum temelde sağlık hizmet sunum problemleri içerisinde yer alan memnuniyetsizlik ve güvensizlikle ilişkilidir. Bu problemlerin ortadan kaldırılması ve yeni sistemin kurgulanmasında hasta ihtiyaçlarını daha çok anlamak ve bu şekilde sistem kurgusu gerektirmektedir. Türk Sağlık Sistemi içerisinde hasta ihtiyaçları belirleme konusunda çalışmalar mevcuttur (Durmuş, 2021; İster, 2017). Fakat çalışmaların arttırılması ve genellenebilir sonuçların elde edilmesine ihtiyaç vardır. Katılımcılar bu boyutta sadece hasta ihtiyaçlarına yönelik olarak onları anlamayı göz önünde bulundurmuşlardır.

Bir sonraki DTSH nasıl gerçekleştir sorusuna ilişkin cevap ***yeni sistem tasarımı***dır. Yeni sistem tasarımı yükselen maliyetler ve anlık çözümler gibi birçok gereklilik ile ilişkilendirilmektedir. Katılımcılar arasından en fazla yorumu SP'nin gerçekleştirdiği görülmektedir. Bu tema aynı zamanda kendi içerisinde yeni performans kriterlerini ve yeni ödeme sistemlerini içermektedir. Performans, sağlık kuruluşunun ya da merkezi teşkilatlanmanın belirlemiş olduğu amaçlar ve planlar ile ilişki olarak nicel veya nitel olarak değer kazanan kavramlarının bir bütünü olarak tanımlanmaktadır (Karaman, Karatepe ve Kuşcu, 2019). Türk sağlık sistemi içerisinde performans sağlık çalışanların özgü kriterler hacime göre planlanmakta ve ölçülmektedir. Kurumsal performans kriterleri içerisinde hastalara ilişkin memnuniyet ve kurum verimlilik katsayıları bulunsa da genel ölçütler hacim ve işlemlerin fazlalığı ile belirlenmekte ve çalışanlara dağıtılmaktadır (SB, 2021). Kısaca yapılan işlemlerin sonuçları ile çok fazla ilgilenilmemekte; bunun yerine daha fazla işlem yapan ya da hasta bakan hekim ve sağlık kuruluşları ödüllendirilmekte ve teşvik edilmektedir. Bu bakış açısı ve performans ödeme yöntemi genel olarak hacim ile ilişkilendirilmekte ve değerden uzaklaşmaktadır. Oysaki sağlık sisteminde değer yaratılması için başlıca unsurlardan biri sistem paydaşlarının ve hizmet sunum amaçlarının ve hedeflerinin değer ile ilişkilendirmek ve bu konuda teşviklerin sağlanması ile mümkün olabilmektedir. Bunun için ***yeni performans kriterlerini*** oluşturulmalı ve yeni ödeme sistemi planlanmalıdır. DTSH tanımlamalarına bakıldığında da sağlık sonuçları ile maliyet kavramlarının ön plana çıktığı görülmektedir.

Burada ilk olarak sağlık çıktılarını yükseltmek amaç haline getirilmiştir. Porter ve Teisberg (2006) DTSH temelde verimlilik, çıktı ltleri, performans ve hesap verilebilirliğin mümkün olduğu bir strateji olarak tanımlamaktadır. Terrel (2018) ise değerin sağlanması için mikro ölçekte ödemelerin sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu sayede fazla, eksik veya yanlış sağlık hizmeti sunumu önemli ölçüde azalacağı düşünülmektedir (Trautman, 2011). Böylece, hasta ve toplum için oluşturulan değere odaklanan bir sağlık hizmeti oluşturulacaktır (Ergin, 2019). Değerin gerçekleştirilme sürecinde birçok katılımcı konuda değiştirilmesi gerektiğini ifade ederken bazı katılımcılar bu sürecin ve değişimin sancılı olabileceğini ifade etmektedir. Bu konuda SHS konu hakkında gerekli bilgilendirmelerin yapılması ve yeni sistem içerisinde önemli bir paydaş görevi üstlenmesi gerektiği ifade edilmektedir.

aymak (2020) sağlık hizmeti için değer ile performans ödeme sistemlerinin bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. Bunun sebebi DTSH kapsamında SHS, hastalara verdikleri bakım kalitesine dayalı bir geri ödeme sağlamasıdır. Yeni sistem tasarımı içerisinde bir sonraki basamağı ise **yeni ödeme sistemleri** oluşturmaktadır. Katılımcılar yeni ödeme sistemleri ile ilgili olarak değere yönelik T ile ilgili görüşlerini bildirmişlerdir. Değerin satın alma ve geri ödeme yöntemleri içerisine dahil edilmesi DTSH sağlanmasında önemli bir stratejik karar olarak karşımıza çıkmaktadır (Bonde, Bossen ve Danholt, 2018). Bunun sebebi, geri ödeme sisteminin değiştirilmesi değil; tüm sağlık hizmetleri yapılanmasında değişiklikler getirecek olmasıdır. Dünya’da birçok ülkenin (Almanya, İngiltere, Japonya vs.) yakın zaman içerisinde değere dayalı satın alma ve geri ödeme yöntemlerine geçtiği görülmektedir (Sorenson, Drummond ve Burns, 2013). Türkiye’de ise değer temelli satın almaya ya da geri ödeme modellerine rastlanılmamıştır (Ağlamış, 2020). Fakat bu konularla ilgili olarak 2019 yılında raporlar hazırlamış ve bilgi eksiklikleri giderilmeye çalışılmıştır. Resmi olarak yeni bir sistem ya da uygulama olmasa da SGK konu nezdinde araştırmalarına devam etmektedir. Arshoff ve Knapp (2020), sağlık hizmetlerinin değere dönüşümünde bir kaç unsurun önemli olabileceğini belirlemişlerdir. Bu unsurlar, sağlık sistemi içerisinde eğitim, ğretim ve gelişime amaçlı yapılan yatırımların olması, çok çeşitli deneme ve pilot projelerin gerçekleştirilmesi ve öğrenilen derslerin ve deneyimlerin paydaşlar ile paylaşılmasını içermektedir.

Sağlık hizmetlerinde sağlanan hizmetlerin hasta üzerinde yarar sağladığının tespit edilebilmesi değere dayalı geri ödeme sistemi için önem arz etmektedir. Çünkü değer dayalı geri ödeme sisteminde hastalara ve topluma yarar sağladığı kanıtlanmış tedavilerin

ücreti ödenmektedir (Ağlamış, 2020). Tessadro (2019) bu ödeme yönteminin gereksiz müdahalelere ortadan kaldırılmasına yardımcı olabileceğini ifade etmektedir. Bu açıdan değer temelli ödeme defansif tıp davranışlarının azalmasına yardımcı olabilir. Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada *değere dayalı satın alma* modelinin hem hasta güvenliğini hem de sağlık hizmeti kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda çalışma bulgularında sağlık hizmeti maliyetlerinin de optimum hale gelmesinde etkili bir yöntem olduğu ifade edilmektedir (Şimşir ve Altındış, 2019).

Bu tema da üzerinde durulan son kategori, STD’lerdir. STD Türkiye’de SB bünyesinde görevini ifa etmektedir (SB, 2021). STD’ler geri ödeme, fiyatlandırma ve tıbbi teknolojilerin kullanımı konusunda bilimsel kararların alınmasını yardımcı olan değerlendirmelerde bulunmaktadır. 2013 yılından günümüze klinik etkililiği, hasta güvenliğini, ekonomik ve kurumsal işleyiş yönleri ile sosyal ve etik yönleri de değerlendirilen 13 rapor hazırlamışlardır (STD, 2021). Bu raporlar ile beraber hastalara yaratılması planlanan değer artırılacağı düşünülmektedir. Literatür incelemelerinde birçok ülkenin değer yaratma konusunda STD’leri kullandıkları (Pajewska, Partyka ve Czerw, 2020) ve karar vermede önemli bir unsur olarak kabul edildikleri görülmektedir (Kalf et al., 2021).

DTSH gerçekleşmesinde önemli diğer bir husus *bütünleşik uygulama birimleridir*. Literatürde bahsedildiği üzere bütünleşik uygulama birimleri, sıklıkla birlikte görülen sağlık ihtiyaç ve komplikasyonların tüm tedavi döngüsü içerrisinde şekilde verilmesini içermektedir (Porter, 2014). Bu DTSH niçin gereklidir sorusunda bütüncül bakışın olmaması problemine çözüm olması için katılımcılar tarafından ortaya atılmıştır. Burada amaç hastalar için artı bir değer yaratacak tıbbi süreçlerin etkili bir şekilde ele alınmasıdır. Türkiye’de henüz buna uygun bir sistem tasarımı söz konusu değildir (Çavmak, 2020). Seyfioğlu (2019)’nun Türkiye’de gerçekleştirdiği çalışmasında benzer bulgular tespit edilmiş ve bütünleşik uygulama birimlerinin değer yaratılmasında gerekliliğini ifade etmiştir. Araştırmacı bu birimlerin maliyet etkililik sağlayacağını ve hasta memnuniyetini arttıracığına ileri sürmektedir. Bununla beraber bütünleşik uygulama birimlerine ilişkin literatürde henüz cevaplanmamış soruların olduğu görülmektedir (Putera, 2017). Bu sorulardan biri, bir hastanın kaç tane bütünleşik uygulama biriminden aynı anda hizmet alarak tedavi olacağına ilişkindir. Örneğin, bir hastanın aynı anda diyabet, kalp hastalığı ve depresyonu varsa, bu uygulama birimlerinden hangisinde tedavi alması gerektiği

cevaplanması gereken bir sorudur (Enthoven, Crosson ve Shortell, 2007). Cevaplanması gereken bu soru, Türk Sağlık Sistemi için de geçerlidir. Bunun için sistem düzenlenmesi ne şekilde bir bütünleşik uygulama birimi tahsis edileceği ve bu birimlerde kimlerin ya da hangi uzmanlık alanlarının olması gerektiği araştırılmalıdır.

DTSH gerçekleştirilmesine ilişkin diğer bir konu **sağlık hizmeti kullanım kültürü** ve sistemi **destekleyecek kurumlardır**. Katılımcılar DTSH'nin gerçekleşmesi için birçok paydaşa rol yüklenmektedir. Bunlar içerisinde sağlık hizmeti kullanım kültürü hastalar ile ilişkilendirilirken destekleyecek kurumlar, SB dışında yer alan kurumlar ile ilişkilendirilmektedir. Sağlık hizmeti kullanım kültürü, DTSH'ye ilişkin sağlık sistemine hasta ve yakınlarının uyum sağlamasını kolaylaştırmak için öneriler oluşturmaktadır. Katılımcılar önceki dönemlerde gerçekleştirilen reform hareketlerinde hasta ve yakınlarının yaşadıkları kafa karışıklarını ve sisteme uyumluluğu konusunda edindikleri deneyimlerini aktarmışlardır. Bu noktada hastalara sistem için belirli yaptırımların, ödüllendirmelerin ve bilgilendirmelerin yapılması gerektiğini ifade etmektedirler. Destekleyici kurumların varlığı yeni sistem tasarımı ve geçişin uyumluluğunun sağlanmasında oldukça önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplum sağlığını arttırmak ve değer kazandırmak için sadece Sağlık Bakanlığının ya da geri ödeme mekanizmalarının varlığı ve uyumluluğunun yetmeyecek; diğer ilgili bakanlıklar, eğitim ve öğretim kurumları, mesleki örgütler vb. örgütlerin de sistemi benimsemesi ve destek vermesi gerekmektedir. Jaakkola, Aarikka-Stenroos ve Ritala (2019) da sağlık sistemlerinde yapılacak radikal kararlar için iç ve dış aktörlerin süreç içerisinde yer alması gerektiğine dikkat çekmektedir. Shakarishvili ve arkadaşları (2010) ise sağlıkta reform hareketleri sürecinde benzer kullanım kültürü ve destekleyici kurumların varlığına işaret etmektedir. Bununla birlikte DTSH ile ilgili literatürde henüz bu konuda yeterince araştırma bulunmamaktadır. Bu sebeple bu temanın DTSH geçiş ve uygulamaya yönelik olarak özgün bir tema olduğu ifade edilebilir.

Özetlemek gerekirse DTSH katılımcılar açısından makro ve mikro açılardan parça parça yapılması gereken işlemleri ve önem sıralamalarını içermektedir. DTSH gerçekleştirilmesi ile ilişki olarak The Economist (2020) Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu 25 ülkenin DTSH ilişkili olarak zayıf ve güçlü yönlerini dört tema ve on yedi standart çerçevesin incelemiştir. Bu raporda DTSH gerçekleştirilmesine ilişkin güçlü yönlerini kapsayıcı sağlık sigortasının olduğunu, yüksek düzeyde politika ve planlamalarının olduğunu, DTSH ilişkin kolaylaştırıcı bölümler ve paydaş desteklerinin

olduğunu, elektronik tıbbi kayıtlarını geliştirdiğini ifade etmektedir. Zayıf yönler ise paydaşlara ilişkin değer bazlı eğitimlerin verilmemesi, Bağımsız STD'lerin bulunmaması, değere ilişkin bilgi eksiklerinin olması ulusal sağlık kayıtlarında hastaların ilişkin standart verilerin olmaması ve verilere erişimde problemlerin yaşanması, entegre sağlık hizmetlerinin olmaması, odaklı ve öncelikli sağlık hizmetlerinin belirlenmemesi, yatırımın azaltılması gereken alanları belirleyecek mekanizmaların olmaması ve belki de en önemlisi maliyet verilerinin toplanamamasını içermektedir. Bu rapor ve katılımcıların görüşleri incelendiğinde DTSH ilişkin kat edilmesi gereken önemli hususların olduğunu, fakat zayıf yönlerine ilişkin olarak yukarıda sayılan sorun ya da eksik noktaların çalışmada belirlenen temalar ile çözüme kavuşabileceği ifade edilebilir.

Son olarak kimi katılımcılar Türk Sağlık Sisteminin DTSH'ye geçişinin kolay olmayacağını dile getirmişlerdir. Literatürde de benzer şekilde sağlık sistem paydaşlarının DTSH ütöpik bir vizyon veya ideal sistem olarak tanımladıkları çalışmalara rastlanmaktadır (Reinhardt, 2006). Fakat zaman içerisinde sistemin kullanılması ve geliştirilmesi ile ütöpik bir vizyondan fazlası olduğu görülmektedir. Teisberg, Wallace ve O'Hara. (2020) çalışmalarında dünya çapında, çeşitli ödeme ortamlarında, bir dizi düzenleyici yapıya ve birçok farklı bakım geleneğine sahip sağlık hizmeti kuruluşlarının, genellikle daha düşük maliyetlerle, hastalar için önemli ölçüde daha iyi sağlık sonuçları gösterdiğini tespit etmiştir. Türk sağlık sisteminde bu ütöpik vizyon zaman içerisinde gerçekleştirilebilir bir stratejiye dönüşebilir.

Temelde DTSH gerçekleştirilme aşamasında bir takım boşlukların olduğu görülmektedir. Örneğin yeni sistem tasarımında yeni performans kriterleri nasıl ve kim tarafından belirlenecek ve ne şekilde ölçülecektir. Bu soruların cevapları çalışmada sorulan DTSH nasıl ölçülür ve paydaşları kimlerdir sorularına ilişkin cevaplarla karşılık bulmaktadır. İlk olarak DTSH nasıl ölçüleceğine dair sonuçları paylaşmakta yarar vardır. Katılımcılar DTSH ilişkin yapmış oldukları tanımlamaya paralel olarak DTSH ilişkin ölçümlerinde **sağlık çıktılarına** ve **maliyete** ilişkin olması gerektiğini ifade etmektedir. Fakat bu ölçümlerin birbirinden bağımsız olarak yapılmaması gerekmektedir. Özetle sağlık çıktıları maliyetler ile ilişkilendirilmektedir. Katılımcılar açısından **sağlık çıktıları** memnuniyet, tekrar başvuru durumu ve kaliteden oluşmaktadır. Literatürde de farklı dönemlerde bir çok yazar değere ilişkin ölçümlerde sağlık çıktılarına yer vermiştir (Franklin et al., 2019; Porter, 2008). Sağlık çıktılarına ilişkin bu ayırımın yapılmasının arka planında katılımcıların halen sistemde gördükleri problem durumlarının devam edip

etmediğinin takibi yer almaktadır.⁴ Katılımcılar sağlık çıktılarının her hastaya özgü olarak ölçülmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Literatürde de benzer şekilde ölçümün yapılabileceği ifade edilmektedir (Porter ve Lee, 2013). Memnuniyet, mevcut sistem içerisinde de takip edilen önemli bir sonuç ölçütüdür. Hasta perspektifinden sağlık hizmetine ilişkin durumu gözler önüne serebilmekte ve yaşanan problemlere ilişkin bilgiler sunulabilmektedir. Tekrar başvuru durumu şuan takip edilemeyen ama takip edilmesi gereken durumlar arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ise sürekli takip edilmesi gereken bir olgu olarak görülmektedir ve katılımcılar bu durumu QALY ile ilişkilendirmektedir. Literatür taramasında da ifade edildiği gibi değerin ölçümü ile ilgili bazı yaklaşımlar mevcut olsa da bugün için kabul edilmiş ve güvenilir bir ölçüm modeli yoktur (Lee et al., 2016).

DTSH'ye ilişkin tanımlamaların ve ölçüm önerilerinin ikinci boyutunu maliyetler oluşturmaktadır. Katılımcılar her işlem maliyetinin hesaplanması gerektiğini ifade ederken bazı katılımcılar bunun şuan için mümkün olamayacağını dile getirmektedir. Katılımcılar ölçüm için birim maliyetleri ön plana çıkardıkları göz önüne alınsa da literatürde farklı maliyet ölçümleri ile DTSH ilişkilendirilmektedir (Ljuboja et al., 2021; Kaplan ve Anderson, 2007). Her yöntem kendi içerisinde avantaj ve dezavantajlara sahip olsa da DTSH uygulamalarına geçiş yapan ülkelerin zamana odaklı faaliyet tabanlı maliyetleme yaptıklarını anlaşılmaktadır (Australian center of value based health care, 2021). Ölçüm ilgili katılımcı görüşlerine göre, ölçümün mutlaka yapılması ve ölçümün sağlık çıktıları ve maliyeti kapsaması gerekmektedir. Fakat ortaya net bir ölçüm metodolojisinin çıkartılamamıştır. Bu şekli ile yaratılan ya da yaratılması planlanan değerin gerçekleşip gerçekleşmediğinin ortaya konulmasında problemler olabileceği ifade edilebilir. Bu soru çerçevesinde ise en fazla katılımı SP ve SHS'lerin verdikleri görülmektedir. SP ölçümün gerçekleştirilmesi ve ölçüm metodolojisinin oluşturulması ve performansa ilişkin ödemelerin yapılması noktasında merkezi bir taraf olduğu düşünüldüğünde beklenen sonuçlar arasında yer almaktadır. Keza SHS hizmet sunumunda ve sonrasında kendilerinin ne şekilde değerlendirilecekleri ve bu değerlendirme içerisinde hangi bileşenlerin önemli olduğu noktasında fikirlerini beyan etmişlerdir. Tüm katılımcılardan konuya ilişkin fikirler alınsa da yukarıda da ifade edildiği üzere bir ölçüm metodolojisi geliştirmekten çok uzaktır.

⁴ DTSH Niçin Gereklidir? Sorusunda ortaya çıkan sağlık hizmeti sunum problemleri içerisinde memnuniyetsizlik, standartlaşmanın olmaması ve güven eksikliği yer almaktadır.

Araştırmada cevap aranan son soru DTSH ilişkin paydaşların kimler olduğudur. Sağlık sistemi içerisinde mevcut birçok paydaşın olduğu bilinmektedir. Öncelikle her bir paydaşın DTSH'ye ilişkin ortak bir amacının olması gerekmektedir. Bu mümkün olmadığında DTSH'ye ilişkin istenilen durum söz konusu olmayacaktır (Porter, 2010). Bu paydaşlar genel bir amaç çevresinde toplanmasına karşılık; her bir paydaş sistem içerisinde farklılaşabilen, birleşebilen veya iç içe geçebilen kendi hedeflerini gerçekleştirmek üzere çalışmaktadır (Guercini, Milanesi ve Runfola, 2020). Katılımcılar bu nokta da kendilerinin içinde bulunduğu altı paydaş grubu tespit etmişlerdir. Literatürde de DTSH'ye ilişkin benzer paydaşların belirlendiği görülmektedir (Baumhauer ve Bozic, 2016; Zangerle et al., 2016; Baumhauer ve Bozic, 2016; Zangerle, et al., 2016; LaPointe, 2016; Miller, 2009). Katılımcılar, paydaşların belirlenmesi hususunda ise ÜTÖ ve SP'lerin SHS nispeten daha fazla fikir beyan ettikleri anlaşılmaktadır. Bunun sebebi hem geri ödeme mekanizmalarının kurulmasında ve işlevlerinin sağlanmasında kendilerine düşen sorumlulukların fazlalığı hem de Türk sağlık sistemini değere yaklaştırmakta beraber çalışması gereken diğer paydaşların varlığıdır. Son olarak kategorize edilen her bir paydaş grubu kendilerinin de bu sistem içerisinde önemli birer paydaş olduğunu ve bütüncül bir bakış açısı ile bu geçişin gerçekleştirilebileceğini ifade etmektedir.

Avusturalya'da DTSH'nin kurumsallaşmasının üç aşamada gerçekleştiği ve her aşamanın kendi içerisinde kilit aktörlerinin olduğu görülmektedir. Bu aşamalar her sağlık sistemi için farklılaşabildiği gibi paydaşlara biçilen rollerde değişiklik gösterebilmektedir (Kokshagina ve Keränen, 2021). Araştırma kapsamında ortaya konulan paydaşların hangi rol üstleneceği veya önem sırasının ne olacağı kesin çizgiler ile ortaya konulmasa da katılımcıların birçoğu önceliği SP'ye vermektedir. Bunun sebebi, Türk Sağlık Sisteminin büyüklüğü veya sektöre ilişkin önceki reform hareketlerinin başarıma süreci olabilir. Kokshagina ve Keränen (2021) benzer şekilde kamu kurumlarının ve politikacıların ön planda olması gerektiğini ifade etmektedir. Fakat literatürde DTSH'ye dönüşüm ve sistemin dizaynında farklı paydaşların liderlik yapması gerektiğine ilişkin görüşler de söz konusudur. Lustig et al (2016), DTSH'ye geçiş aşamasında doktorların liderliğinin ve politik desteğin olması gerektiğine işaret etmektedir. Öncelik sıralamasında ve merkezi rolün ardından katılımcılar ölçüm standartlarını ve sağlık çıktılarına ilişkin ölçümleri belirlemede SHS'lere ağırlık vermektedir. Bu görevin geliştirilmesinde ise tıp derneklerinin katkılarıyla değer yaratan klinik rehberlerin gerekliliği ifade edilmektedir.

Benzer bir rol yine STD'ye verilmekte ve Türk Sağlık Sisteminde kullanılan veya kullanılacak olan teknolojilerin bağımsız değerlendirmelerinin yapılması ve raporların uygulanması gerektiğine dikkat çekilmektedir. Son ve önemli görev ise SGK ve özel sağlık sigortalarını verilmektedir. Bu kurumların değer temelli satın alma ve ödeme sistemlerini geliştirmeleri ve uyumlu hale getirmeleri gerekmektedir. Bunun sebebi değerın sağlık çıktı ve maliyetler ile ilişkilendirilmesidir. Özetle, DTSH'ye geçiş ve uygulamasına ilişkin kilit paydaşlar; politikacılar, SHS, SGK, STD, tıbbi dernekler ve özel sağlık sigortacılarıdır. Katılımcıların bu paydaşlara önemli rolleri attettikleri görülse de bu paydaşların öncelikle aynı hedef konusunda uzlaşmaları gerekliliği gözden ırak tutulmamalıdır. Ayrıca, sistemin değişimi tek seferde ve hızlıca olamayacağından süreç içerisinde paydaşlara verilen rollerin değişebileceği de düşünölmelidir.

Sonuç olarak bu araştırmada ilk olarak DTSH hakkında literatür araştırılmış ve Türk Sağlık sisteminin seçilen paydaşların konu hakkında görüş ve önerileri analiz edilmiştir. Bu analiz sonucunda DTSH'nin ne olduğuna ilişkin olarak literatürden farklı entegrasyon teması; DTSH nasıl gerçekleştirebilir sorusuna cevaben bütünleşik uygulama birimleri, sağlık hizmeti kullanım kültürü ve destekleyici kurumlar temaları; paydaşları kimler olmalıdır sorusuna cevaben tıp dernekleri, sosyal güvenlik kurumu, özel sağlık sigortacıları temaları tespit edilmiştir. DTSH niçin gereklidir ve nasıl ölçölür sorularına ilişkin oluşturulan temalar ise literatürler benzerlik göstermektedir. Bu temalar literatürle benzerlik gösterse dahi temaların özünde ve anlamlandırma Türk sağlık sistemine özgü birtakım faktörlerde değişkenlik göstermektedir. Bu anlamda çalışma hem Türk sağlık sistemi paydaşlarına hem de DTSH ilişkin literatüre katkı sağlamaktadır.

4.2. Öneriler

DTSH ilişkin çalışmalar ve araştırmalar hem yurt içinde hem de yurtdışında devam etmekte ve sistemi daha değerli yapmanın yolları aranmaktadır. Bunun sebebi mevcut sağlık sistemlerinde yaşanan problemlerin varlığıdır. Sağlık sistemlerine ilişkin gerçekleştirilmiş önceki sistem değişiklikler ve reformların bütünü birçok noktada yetersiz kalmaktadır. Bu problemleri kaldırmada ve DTSH'nin uygulanmasına ilişkin öneriler iki başlık altında sunulmaktadır.

4.2.1. Uygulayıcılara ilişkin öneriler

Uygulayıcılara öneriler tez kapsamında cevapları aranana sorulara ilişkin olarak farklılık göstermektedir. İlk olarak DTSH niçin gereklidir sorusunda ortaya çıkartılan problemlerin mikro, mezo ve makro olarak sebeplerinin ve sonuçlarını içeren kurum araştırmaları yapılması gerekmektedir. Böylece ifade edilen problemlere ilişkin daha geniş bir çerçeveden bakılması sağlanabilecektir.

İkinci olarak doğrudan DTSH'ye geçişin gerçekleştirilmesine ilişkindir. Burada ortaya konulan temalar ve yöntemlerde ortaya konulduğu gibi paydaşların ortak fikirleri alınarak eylem planları hazırlanmalıdır. DTSH'ye geçiş ve kurumsallaştırma sürecine ilişkin aktörler belirlenmeli ve pilot uygulamalar yapılmalıdır. Bu öneriye gerekçe olarak daha önce sağlık sistemlerinde gerçekleştirilen reform hareketlerinde ortaya konulan başarılı sonuçlar gösterilebilir. Sistem paydaşları geçiş ile ilgili her aşamada bilgilendirilmeli ve sürece dahil edilmelidir. DTSH'nin sadece uygulayıcılara ya da belirli bir paydaş grubunun tek başına gerçekleştirilmesi mümkün olmayan bir olgu olduğu düşünüldüğünde süreci ve sistemi destekleyecek kurumların kimler olduğu ve hangi aşamalarda ne şekilde desteklemeleri gerektiği tespit edilmelidir.

Üçüncü ve son olarak DTSH ilişkin ölçüm mekanizmalarının oluşturulmasıdır. İstenilen durumun gerçekleştiğinin belirlenmesinde maliyetlerdeki gerçek düşüş veya sağlık çıktıların da yaşanan değişimlerin takibi en kritik süreçlerin başında gelmektedir. Bunun için akademisyenler, SHS, SB ve ilgili diğer kurumların ortak araştırmalar yapması ve Türk sistemine entegre olabilecek ölçüm metodolojisinin hazırlanması önerilmektedir.

4.2.2. Araştırmacılara ilişkin öneriler

Bu araştırma bir takım sınırlılıklar dahilinde yürütülmüştür. Öncelikle araştırmacıların bu sınırlılıkları ortadan kaldırarak yeni çalışmalar gerçekleştirmeleri önerilmektedir. İkinci olarak, DTSH'ye ilişkin hem Türkiye'de hem de Dünya da giderek olumlu bir bakış açısı gelişmekte ve yapılan yeni çalışmalarla literatür zenginleşmektedir. Araştırmacıların literatüre yeni katılan çalışmaları da kapsayacak şekilde araştırma planları yapması önerilmektedir.

Üçüncü öneri, araştırmanın örnekleme yöneliktir. Bilindiği gibi araştırma üç paydaş grup üzerinde mülakatlar yapılarak gerçekleştirilmiştir. Fakat araştırma bulguları DTSH'nin gerçekleşmesinde farklı paydaş gruplarının da görev alabileceğini

göstermektedir. Bu sebeple daha sonra yapılacak çalışmalarda belirlenen paydaş gruplarının da sürece katılarak çalışmaların daha geniş bir örneklem grubunda gerçekleştirmeleri önerilmektedir.

Son olarak araştırma nitel perspektif göz önüne alınarak gerçekleştirildiği için sonuçları Türk Sağlık Sistemine ya da ilgili paydaş gruplarına genellenememektedir. Genellemenin sağlanması için nicel araştırmalar ile desteklenmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Addario, B. J., Fadich, A., Fox, J., Krebs, L., Maskens, D., Oliver, K., ... Turnham, T. (2018). Patient Value: Perspectives From The Advocacy Community. *Health Expectations*, 21, 57–63. doi:10.1111/hex.12628
- Ağlamış, M. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Değere Dayalı Satın Alma ve Değere Dayalı Geri Ödeme Yöntemi: Dünya ve Türkiye. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 25-36.
- Akhmetov, I. & Bubnov, R. V. (2015). Assessing value of innovative molecular diagnostic tests in the concept of predictive, preventive, and personalized medicine. *EPMA Journal*, 6(1), 1-12.
- Alberti, P. M., Bonham, A. C., & Kirch, D. G. (2013). Making equity a value in value-based health care. *Academic Medicine*, 88(11), 1619-1623.
- Andersson, A. E., Bååthe, F., Wikström, E., & Nilsson, K. (2015). Understanding value-based healthcare—an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *Journal of Hospital Administration*, 4(4), 64-72.
- Arshoff, L., & Knapp, M. (2020). *The Value-based Healthcare and Procurement Journey: How Can We Accelerate Adoption for Better Patient Outcomes and Sustainability?*. Erişim adresi: <http://dsandr.com/wp-content/uploads/2020/04/Value-based-Healthcare-and-the-Procurement-Journey.pdf>. (04.05.2021).
- Australian center of value based health care. (2021). Erişim adresi: <https://valuebasedcareaustralia.com.au/resources/measuring-outcomes-and-costs/>. (05.05.2021).
- Aydemir, İ., & Yaşar, M. E. (2020). Demografik Değişim Kuramının Sağlık, Hastalık Ve Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisine İlişkin Literatür Değerlendirmesi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 102-116.
- Bapuji, H. & Crossan, M. (2004) From questions to answers: Reviewing organizational learning research. *Management Learning*, 35(4), 397 – 417.
- Başar, S., Künü, S., & Bozma, G. (2016). Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Iğdır University Journal of Social Sciences*, (10), 189-204.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 9(1), 23-28.
- Bastemeijer, C. M., Boosman, H., van Ewijk, H., Verweij, L. M., Voogt, L., & Hazelzet, J. A. (2019). Patient experiences: a systematic review of quality improvement interventions in a hospital setting. *Patient related outcome measures*, 2019 (10), 157-169.

- Baumhauer, J. F. & Bozic, K. J. (2016). Value-based Healthcare: Patient-reported Outcomes in Clinical Decision Making. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 474(6), 1375–1378.
- Berenson, R. A., Pronovost, P. J., & Krumholz, H. M. (2013). *Achieving the potential of health care performance measures*. Timely Anal Immed Health Policy. Erişim adresi: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2013/05/achieving-the-potential-of-health-care-performance-measures.html>. (09.05.2021).
- Berg, B. L., & Lune, H. (2019). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Konya: Eğitim Yayınevi.
- Berry, L.L. (2019), Service innovation is urgent in healthcare, *AMS Review*. 9 (1/2), 78-92.
- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating waste in US health care. *Jama*, 307(14), 1513-1516.
- Bhatt, P. B., Forster, K., & Welter, T. L. (2015). Survive or thrive? Becoming a successful value-based enterprise. *Healthcare Financial Management*, 69(7), 62-68.
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PloS one*, 12(2), e0170988.
- Block, D. J. (2016). Health Care Sustainability: Managing Natural Resources In Value-Based Care. *Physician Leadership Journal*, 3(3), 18–21.
- Bloor M, & Wood F. (2006). *Keywords in Qualitative Methods: A Vocabulary of Research Concepts (1st edn)*. London: SAGE Publications.
- Bonde, M., Bossen, C. & Danholt, P. (2018). Translating Value-Based Health Care: An Experiment Into Healthcare Governance And Dialogical Accountability. *Sociology of Health and Illness*, 40(7), 1113–1126.
- Breakwell, G. M., Hammond, S. E., Fife-Schaw, C. E., & Smith, J. A. (2020). *Research methods in psychology*. Sage Publications, Inc.
- Broerse, J.E. & Grin, J. (2017). *The future of health systems, Toward Sustainable Transitions in Healthcare Systems*. Routledge: Taylor and Francis.
- Brown, M., Brown, G., & Sharma, S. (2005). *Evidencebased to value-based medicine*. Chicago: American Medical Association.
- Busink, E., Canaud, B., Schröder-Bäck, P., Paulus, A. T., Evers, S. M., Apel, C., ... & Stopper, A. (2019). Chronic Kidney Disease: Exploring Value-Based Healthcare as a Potential Viable Solution. *Blood purification*, 47(1-3), 156-165.
- Caelli, K., Ray, L., & Mill, J. (2003). “Clear as mud”: Toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(2), 1–24.

- Caron, M. A. (2017). Value-based care is here to stay. *Health Management Technology*, 38(4), 19.
- Carter, J., Bababekov, Y. J., & Majmudar, M. D. (2018). Training for our digital future: a human-centered design approach to graduate medical education for aspiring clinician-innovators. *NPJ Digital Medicine*, 1(1), 1-3.
- Catalyst, NEJM. (2017). What is value-based healthcare?. NEJM Catalyst. Erişim adresi: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>. (09.05.2021).
- Çavmak, ř. (2020). Değer Odaklı Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Türkiye Sağlık Sistemi İçin Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 6(3), 285-301.
- Channing, A., & DeVore, S. D. (2009). The value of value-based purchasing. *Healthcare Financial Management*, 63(10), 40-43.
- Ciasullo, M.V., Cosimato, S., Palumbo, R. & Storlazzi, A. (2017), Value co-creation in the health service ecosystems: the enabling role of institutional arrangements. *International Business Research*, 10(12), 222-238.
- Claxton, K., Sculpher, M., & Carroll, S. (2011). Value-based pricing for pharmaceuticals: Its role, specification and prospects in a newly devolved NHS. Erişim adresi: <https://econpapers.repec.org/paper/chyrespap/60cherp.htm>. (09.05.2021).
- Clement, R. C., Welandar, A., Stowell, C., Cha, T. D., Chen, J. L., Davies, M., ... & FRitzell, P. (2015). A proposed set of metrics for standardized outcome reporting in the management of low back pain. *Acta orthopaedica*, 86(5), 523-533.
- Colldén, C., Gremyr, I., Hellström, A., & Sporraeus, D. (2017). A value-based taxonomy of improvement approaches in healthcare. *Journal of health organization and management*, 31(4), 445-458.
- Comoretto, R. I., Gasparetto, T., Tavazzi, E., & Gregori, D. (2019). Towards Value-Based Healthcare and the Role of Regional Agencies: the Approach of the Veneto Region. *Epidemiology. Biostatistics and Public Health*, 16(2).1-4.
- Cooper, S., & Endacott, R. (2007). Generic qualitative research: a design for qualitative research in emergency care?. *Emergency Medicine Journal*, 24(12), 816-819.
- Coşkun, R. (25-30 Ağustos 2015). *Nicel Araştırmalarda "Keyfilik Sorunu": Evren Örnekleme Belirleme Süreleri Üzerinden Bir Tartışma*. 7. Uluslararası Balkanlarda Sosyal Bilimler Kongresi Bildiriler Kitabı. Macaristan: Kaposvar.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (2nd ed.)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Creswell, W.J. (2019). *Nitel Araştırmacılar için Temel Beceriler*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Da Silva Etges, A. P. B., Ruschel, K. B., Polanczyk, C. A., & Urman, R. D. (2020). Advances in value-based healthcare by the application of time-driven activity-

based costing for inpatient management: a systematic review. *Value in Health*. 23(6):812-823.

Delamater, P. L., Messina, J. P., Shortridge, A. M., & Grady, S. C. (2012). Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *International journal of health geographics*, 11(1), 1-18.

Demirci, Ş., Konca, M., & İlgün, G. (2020). Sağlık Finansmanının Sağlık Sistemleri Performansına Etkisi: Avrupa Birliği Üyesi ve Adayı Ülkeler Üzerinden Bir Değerlendirme. *Sosyoekonomi*, 28(43), 229-242.

Denyer, D. & Neely, A. (2004). Introduction to special issue: Innovation and productivity performance in the UK, *International Journal of Management Reviews*, 5(6), 131-135.

Durmuş, A. (2021). *Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Doktora tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Egdom L.S.E., Legendijk M., Kemp M.H., Dam J.H., Mureau M.A.M., Hazelzet J.A. & Koppert L.B. (2019) Implementation of Value Based Breast Cancer Care. *European Journal of Surgical Oncology*, 45(7): 1163-1170.

Elf, M., Flink, M., Nilsson, M., Tistad, M., Von Koch, L. & Ytterberg, C. (2017). The case of value-based healthcare for people living with complex long-term conditions. *BMC Health Services Research*, 17, 1–6.

Enthoven, A. C., Crosson, F. J., & Shortell, S. M. (2007). Redefining health care: medical homes or archipelagos to navigate?. *Health Affairs*, 26(5), 1366-1372.

Ergin, A. (2019). *Hacimden Değere*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Erol, M. (2011). Avrupa Birliği'nde nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarına etkisi. *Sosyal Güvence*, (1), 54-81.

Ertong, G. (2011). *Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.

Ertugay, F. (2019). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma/Esnek Desen Araştırması: Alana İlişkin Zorluklar, Sorunlar ve İmkânlar. *Nitel Sosyal Bilimler*, 1(1), 48-68.

ESR, European Society of Radiology. (2017). ESR concept paper on value-based radiology. *Insights into imaging*, 8(5), 447-454.

European Commission (2019). *Defining Value In “Valuebased Healthcare Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, Erişim adresi: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/home_en. (30.05.2020).

Fakkert, M., Eenennaam, F. van & Wiersma, V. (2017). Five Reasons Why Value Based Healthcare is Beneficial. *ICU Management & Practice*, 17(2), 115–117.

- Falivena, C., & Palozzi, G. (2020). *Value-based healthcare paradigm for healthcare sustainability. In Accountability, ethics and sustainability of organizations*. Cham: Springer.
- Fantini, B., & Vaccaro, C. M. (2019). Value based healthcare for rare diseases: efficiency, efficacy, equity. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 55(3), 251-257.
- Farley, J.F., Ferreri, S.P., Easter, J.C. & McClurg, M.R. (2017). Active Research in the Development and Assessment of New Practice Models. *North Carolina Medical Journal*, 78 (3), 186-190.
- Feeley, T. W., Fly, H. S., Ronald Walters MD, M. B. A., Burke, T. W., & Amanda Henson, M. S. H. A. (2010). A Method for Defining Value in Healthcare Using Cancer Care as a Model/Practitioner Application. *Journal of Healthcare Management*, 55(6), 399-411.
- Franklin, E. F., Nichols, H. M., Charap, E., Buzaglo, J. S., Zaleta, A. K., & House, L. (2019). Perspectives of Patients With Cancer on the Quality-Adjusted Life Year as a Measure of Value in Healthcare. *Value in Health*, 22(4), 474-481.
- Fredriksson, J. J., Ebbevi, D., & Savage, C. (2015). Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare. *BMJ quality & safety*, 24(7), 451-457.
- French, K. E., Guzman, A. B., Rubio, A. C., Frenzel, J. C., & Feeley, T. W. (2016, September). Value based care and bundled payments: Anesthesia care costs for outpatient oncology surgery using time-driven activity-based costing. *In Healthcare*, 4(3), 173-180.
- García-Armesto, S., Angulo-Pueyo, E., Martínez-Lizaga, N., Mateus, C., Joaquim, I., & Bernal-Delgado, E. (2015). Potential of geographical variation analysis for realigning providers to value-based care. ECHO case study on lower-value indications of C-section in five European countries. *The European Journal of Public Health*, 25(1), 44-51.
- Gentry, S., & Badrinath, P. (2017). Defining health in the era of value-based care: lessons from England of relevance to other health systems. *Cureus*, 9(3),1-9.
- Giordano G.N. & Lindstrom, M. (2016). Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *Journal of Epidemiol Communication Health*, 70(1):10–6.
- Gökçe O. (2006). *İçerik Analizi - Kuramsal ve Pratik Bilgiler*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Göktaş, B., Ömer, R. Ö., Duran, M., Şakar, S., Yılmaz, M., Güler, S., ... & Özdemir, G. (2017). Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 125-138.
- González-Ferrer, A., Seara, G., Cháfer, J., & Mayol, J. (2018). Generating Big Data Sets from Knowledge-based Decision Support Systems to Pursue Value-based Healthcare. *International Journal of Interactive Multimedia & Artificial Intelligence*, 4(7).42-46.

- Gopal, G., Suter-Crazzolara, C., Toldo, L., & Eberhardt, W. (2019). Digital transformation in healthcare—architectures of present and future information technologies. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 57(3), 328-335.
- Gordon, R., Chang, C. & Burrill, S. (2018). *Volume to Value-Based care: Physicians are willing to manage cost but lack data and tools*. Deloitte 2018 Survey of US Physicians. Erişim adresi: https://www2.deloitte.com/content/dam/insights/us/articles/4628_Volume-to-value-based-care/DI_Volume-to-value-based-care.pdf. (09.05.2021).
- Gray M. (2017). Value based healthcare. *BMJ*; 356 :j437 doi:10.1136/bmj.j437
- Gray, C. F., Parvataneni, H. K. & Bozic, K. J. (2020). Value-based Healthcare: Physician Activation: Healthcare Transformation Requires Physician Engagement and Leadership. *A Publication of The Association of Bone and Joint Surgeons*, 478(5), 954-957.
- Gray, J. M. (2007). Better value healthcare the 21st century agenda. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen-German. *Journal for Quality in Health Care*, 101(5), 344-346.
- Groeneveld, I. F., Goossens, P. H., van Meijeren-Pont, W., Arwert, H. J., Meesters, J. J. L., Mishre, A. R., ... & SCORE-study group. (2019). Value-based stroke rehabilitation: feasibility and results of patient-reported outcome measures in the first year after stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(2), 499-512.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30 (4), 233-252.
- Guba, E. G. (1981). *Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries*. *Ectj*, 29(2), 75-91.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. İçinde N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Inc.
- Guercini, S., Milanesi, M. & Runfola, A. (2020). Bridges to sustainable health systems: public-private interaction for market access. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 35(12), 1929-1939.
- Haas, D.A., Helmers, R.A., Rucci, M., Brady, M., Kaplan, R.S.(2015). The Mayo Clinic Model for running a value-improvement program. Erişim adresi <http://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=50183>.09.05.2021.
- Harfouche, A., Silva, S., Faria, J., Araújo, R., Gouveia, A., Lacerda, M., & D'Orey, L. (2017). Breast cancer: Value-based healthcare, costs and financing. *Acta medica portuguesa*, 30(11), 762-768.

- Hay, J. W. (2019). Now is the time for transparency in value-based healthcare decision modeling. *Value in Health*, 22(5), 564-569.
- Hennink, S. D., Hofland, N., Gopie, J. P., van der Kaa, C., de Koning, K., Nielsen, M., & Vasen, H. F. (2013). *Value-based healthcare in Lynch syndrome. Familial cancer*, 12(2), 347-354.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Hurst L, Mahtani K, Pluddemann A, Lewis S, Harvey K, Briggs A, Boylan A-M, Bajwa R, Haire K, Entwistle A, Handa A and Heneghan C. (2019). *Defining Value-based Healthcare in the NHS: CEBM report*. Erişim adresi: <https://www.cebm.net/2019/04/defining-value-based-healthcare-in-the-nhs/>. (09.05.2021).
- Ibanez-Sanchez, G., Fernandez-Llatas, C., Martinez-Millana, A., Celda, A., Mandingorra, J., Aparici-Tortajada, L., ... & Traver, V. (2019). Toward value-based healthcare through interactive process mining in emergency rooms: the stroke case. *International journal of environmental research and public health*, 16(10), 1783.
- ISC, Institute For Strategy & Competitiveness (2021) Erişim adresi: <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/measure-outcomes-and-cost.aspx>. (09.05.2021).
- İster, H. N. (2017). Hastalar Ne İster?. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 4(2), 100-103.
- Jaakkola, E., Aarikka-Stenroos, L. & Ritala, P. (2019). Institutionalization process of service innovation: overcoming competing institutional logics in service ecosystems. *Handbook of Service Science*, 2(2), 497-516.
- Jensen, D., & Ward, E. (2016). Adapting the revenue cycle for value-based purchasing: revenue cycle management is one of the key functions requiring transformation in preparation for a value-based payment environment. *Healthcare Financial Management*, 70(9), 80-85.
- Jones, N. B. (2014). *Health care executives participating in value-based purchasing: A qualitative phenomenological study*. Yayınlanmamış doktora tezi. University of Phoenix, Phoenix.
- Kahlke, R. M. (2014). Generic qualitative approaches: Pitfalls and benefits of methodological mixology. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 37-52.
- Kalf, R. R., Vreman, R. A., Delnoij, D. M., Bouvy, M. L., & Goettsch, W. G. (2021). Bridging the gap: Can International Consortium of Health Outcomes Measurement standard sets align outcomes accepted for regulatory and health technology assessment decision-making of oncology medicines. *Pharmacology research & perspectives*, 9(2), 1-9.

- Kamae, I. (2010). Value-based approaches to healthcare systems and pharmacoeconomics requirements in Asia. *Pharmacoeconomics*, 28(10), 831-838.
- Kampstra, N. A., Grutters, J. C., van Beek, F. T., Culver, D. A., Baughman, R. P., Renzoni, E. A., ... & van der Nat, P. B. (2019). First patient-centred set of outcomes for pulmonary sarcoidosis: a multicentre initiative. *BMJ open respiratory research*, 6(1), 1-8.
- Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2007). *Time-driven activity-based costing: a simpler and more powerful path to higher profits*. ABD: Harvard business press.
- Kaplan, R.S. & Porter, M.E.(2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46-52.
- Karaman, M., Karatepe, H. K., & Kuşcu, F. N. (2019). Sağlık işletmelerinde performans değerlendirme ve ölçme yöntemleri hakkında bir derleme çalışması. *Yönetim Ekonomi Edebiyat İslami ve Politik Bilimler Dergisi*, 4(1), 153-171.
- Karasar, N. (2016). Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler. Nobel Yayınevi
- Keane, M. P., McCormick, B., & Popławska, G. (2020). Health care spending in the US vs UK: The roles of medical education costs, malpractice risk and defensive medicine. *European Economic Review*, 124.
- Keel, G., Savage, C., Rafiq, M., & Mazzocato, P. (2017). Time-driven activity-based costing in health care: a systematic review of the literature. *Health Policy*, 121(7), 755-763.
- Khullar, D., Kocher, R., Conway, P., & Rajkumar, R. (2015). How 10 leading health systems pay their doctors. *In Healthcare*, 3(2), 60-62.
- Kılıçarslan, Z. (2015). Medikalizasyon (tıbbileştirme), aşırı teşhis/telev ve kıskırtılmış sağlık talebi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Dergi/862/Medikalizasyon-tibbilestirme-asiri-teshistedavi-ve-kiskirtilmis-saglik-talebi.aspx>. (01.04.2021).
- Kim, J. Y., Farmer, P., & Porter, M. E. (2013). Redefining global health-care delivery. *The Lancet*, 382(9897), 1060-1069.
- Kırılmaz, H., Amarat, M., & Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- Klok, F. A., Barco, S., & Siegerink, B. (2019). Measuring functional limitations after venous thromboembolism: a call to action. *Thrombosis research*, 178, 59-62.
- Kokshagina, O., & Keränen, J. (2021). Institutionalizing value-based healthcare in a service system: a policy and document analysis over three decades. *Journal of Business & Industrial Marketing. Current Issue*.1-16.

- Kolarczyk, L. M., Arora, H., Manning, M. W., Zvara, D. A., & Isaak, R. S. (2017). Defining Value-Based Care In Cardiac and Vascular Anesthesiology: The Past, Present, and Future Of Perioperative Cardiovascular Care. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(1):512-521.
- Konca, S. (2020). Sağlık Hizmetlerine İlişkin Hasta Memnuniyetinin Bir Analizi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Dergisi*, 2(1), 18-30.
- Kopuz, K., & Akman, E. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim: Değer Temelli Ödeme Modelleri. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 1-21.
- Lakdawalla, D. N., Doshi, J. A., Garrison Jr, L. P., Phelps, C. E., Basu, A., & Danzon, P. M. (2018). Defining elements of value in health care—a health economics approach: an ISPOR Special Task Force report. *Value in Health*, 21(2), 131-139.
- LaPointe, J. (2016). *What Is Value-Based Care, What It Means for Providers?* Revcycle Intelligence. Erişim adresi: <https://revcycleintelligence.com/features/what-is-value-basedcare-what-it-means-for-providers>. (05.03.2021).
- Larsson, S., Lawyer, P., Garellick, G., Lindahl, B., & Lundström, M. (2011). Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Affairs*, 31(1), 220-227.
- Lee, K. K., Austin, M., & Pronovost, P. J. (2016). Developing a Measure of Value in Health Care. *Value in Health*, 19 (4), 323-325.
- Lee, Y. S. (2017). Value-based health technology assessment and health informatics. *Healthcare informatics research*, 23(3), 139-140.
- Leedy, P. & Ormrod, J. E. (2014). *Practical research: Planning and design*. ABD: Pearson Education.
- Lewanczuk, R., Chuck, A., Todd, K., & Yiu, V. (2020). Value in Healthcare: Designing an Integrated Value-Based Healthcare System. *Healthcare Papers*, 19(1), 59-64.
- Lim, J. H. (2011). Qualitative methods in adult development and learning: Theoretical traditions, current practices, and emerging horizons. In Hoare, C. (Es.), *The Oxford handbook of reciprocal adult development and learning*. New York: Oxford University Press.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited*. The Sage handbook of qualitative research.
- Livio, G., & Padula, A. (2020). Defensive medicine in Europe: a 'full circle'?. *The European Journal of Health Economics*, 21(2), 165-170.
- Ljuboja, D., Ahmed, M., Ali, A., Perez, E., Subrize, M. W., Kaplan, R. S., & Sarwar, A. (2021). Time-Driven Activity-Based Costing in Interventional Oncology: Cost

Measurement and Cost Variability for Hepatocellular Carcinoma Therapies. *Journal of the American College of Radiology*. April (30), 1-10.

Lustig, A., Ogden, M., Brenner, R. W., Penso, J., Westrich, K. D., & Dubois, R. W. (2016). The central role of physician leadership for driving change in value-based care environments. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 22(10), 1116-1122.

MacLean, C. (2017). Value-based purchasing for osteoarthritis and total knee arthroplasty: What role for patient-reported outcomes?. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 25(1), 55-59.

Macleod, C. I. & Mnyaka, P. (2018). Introduction: The politics of anonymity and confidentiality. İçinde, Macleod, C.I., Marx, J., Mnyaka, p:, & Treharne, G.J. (Eds), The Palgrave handbook of ethics in critical research (ss. 227-240). Cham: Palgrave Macmillan

Martin, J. & Cheng, D. (2013). Role of the anesthesiologist in the wider governance of healthcare and health economics. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 60(9), 918-928.

Memişoğlu, D. & Kalkan, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 645-665.

Menear, M., Blanchette, M. A., Demers-Payette, O., & Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health research policy and systems*, 17(1), 1-13.

Merriam, S. B. (2015). *Nitel Araştırma Desen ve uygulama için bir rehber*. Çev. Edit., S. Turan, Ankara: Nobel Yayınevi.

Mesko, N. W., Bachmann, K. R., Kovacevic, D., LoGrasso, M. E., O'Rourke, C., & Froimson, M. I. (2014). Thirty-day readmission following total hip and knee arthroplasty—a preliminary single institution predictive model. *The Journal of arthroplasty*, 29(8), 1532-1538.

Miao, Y., Yuan, X., Gu, J., Zhang, L., He, R., Sandeep, S., & Wu, J. (2019). Constructing a value-based healthcare system for hypertensive patients through changing payment mode: Evidence from a comparative study in rural China. *Journal of medical economics*, 22(3), 245-251.

Miller, H. D. (2009). From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care. *Health Affairs*, 28(5), 1418-1428.

Mkanta, W. N., Katta, M., Basireddy, K., English, G., & de Grubb, M. C. M. (2016). Theoretical and methodological issues in research related to value-based approaches in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 61(6), 402-418.

- Mofidi, R., Wong, P., Gatenby, T. & Milburn, S. (2016). Value based healthcare and delivery of vascular surgery services in the United Kingdom. *Reviews in Vascular Medicine*, 6, 1–9.
- Moro Visconti, R., Martiniello, L., Morea, D., & Gebennini, E. (2019). Can public-private partnerships foster investment sustainability in smart hospitals?. *Sustainability*, 11(6), 1704.
- Mummaneni, P. V., Bydon, M., Alvi, M. A., Chan, A. K., Glassman, S. D., Foley, K. T., ... & Bisson, E. F. (2019). Predictive model for long-term patient satisfaction after surgery for grade I degenerative lumbar spondylolisthesis: insights from the Quality Outcomes Database. *Neurosurgical focus*, 46(5), E12.
- Naidu, T. (2018). To be or not to be... Revealing questions of anonymity and confidentiality.İçinde, Macleod, C.I., Marx, J., Mnyaka, p., & Treharne, G.J. (Eds), The Palgrave handbook of ethics in critical research (ss. 241-256). Cham: Palgrave Macmillan
- Newcomer, K. E., Hatry, H. P., & Wholey, J. S. (2015). Conducting semi-structured interviews. İçinde Newcomer, K.E., Hatry, P., Joseph,S. & Wholey,S. (Edi.), *Handbook of practical program evaluation*. ABD: John Wiley & Sons.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., & Sandoff, M. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital—a longitudinal interview study. *BMC health services research*, 17(1), 169.
- OECD, (2020). *Health Data*. Erişim adresi: www.oecd.org. (01.06.2020).
- Özer, K & Aslan, Ş. (2020). Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesi: Karma Yöntem Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 639-664.
- Özsarı, H. (2018). Değer Temelli Yönetim Anlayışının Sağlık Yönetimindeki Yeri. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 6-9.
- Padilla, J. A., Rudy, H. L., Gabor, J. A., Friedlander, S., Iorio, R., Karia, R. J., & Slover, J. D. (2019). Relationship between the patient-reported outcome measurement information system and traditional patient-reported outcomes for osteoarthritis. *The Journal of arthroplasty*, 34(2), 265-272.
- Pajewska, M., Partyka, O., & Czerw, A. (2020). Value Based Healthcare—Principles And Recommendations For Organizational Solutions In Poland. *Przegląd Epidemiologiczny*, 74(4), 707-715.
- Parkinson, B., Sermet, C., Clement, F., Crausaz, S., Godman, B., Garner, S., ... & Elshaug, A. G. (2015). Disinvestment and value-based purchasing strategies for pharmaceuticals: an international review. *Pharmacoeconomics*, 33(9), 905-924.
- Patti, J. C., Ore, A. S., Barrows, C., Velanovich, V., & Moser, A. J. (2017). Value-based assessment of robotic pancreas and liver surgery. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 6(4), 246.

- Percy, W. H., Kostere, K., & Kostere, S. (2015). Generic qualitative research in psychology. *The qualitative report*, 20(2), 76-85.
- Petersen, R., Rushing, J., Nelson, S. & Rhyne, S. (2016). Improving Population Health by Incorporating Chronic Disease and Injury Prevention Into Value-Based Care Models. *North Carolina Medical Journal*, 77(4), 257–260.
- Porter, M. E. (2014). Value-Based Health Care Delivery. Partners Healthcare, Value Based Health Care. Harvard Business School. Erişim adresi: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:c4oNyB875FMJ:https://www.hbs.edu/ris/Publication%2520Files/3_13615129-eeec-4987-bf1a-1261ff86ae69.pdf+&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr. (09.05.2021).
- Porter M.E. (2010). What is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363:2477–2481.
- Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*, 248(4), 503-509.
- Porter M, & Lee TH. (2013). The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev*. 91:50–70. Erişim adresi: <http://leadershipnc.org/wp-content/uploads/2014/07/XXII-HHSThe-Strategy-That-Will-Fix-Health-Care-HBR.pdf>. (09.05.2021).
- Porter, M. E., Kaplan, R. S., & Frigo, M. L. (2017). Managing healthcare costs and value. *Strategic Finance*, 98(7), 24-33.
- Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3), 516-525.
- Porter, M. E. ve Lee. T. H. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*. 1-37.
- Porter, M. E., & Guth, C. (2012). *Redefining German health care: moving to a value-based system*. Springer Science & Business Media.
- Porter, M. E., Guth, C. & Dannemiller, E. M. (2011). The West German Headache Center: Integrated Migraine Care. *Harvard Business School Case*. 707-559
- Porter, M. E., & Baron, J. F. (2008). *Commonwealth Care Alliance: Elderly and Disabled Care*. Harvard Business School Publishing. Erişim adresi: <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=35805>. (06.05.2021).
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Putera, I. (2017). Redefining health: implication for value-based healthcare reform. *Cureus*, 9(3), 1-17.
- Punch, F.K. (2016). *Sosyal Araştırmalara Giriş Nicel ve Nitel Yaklaşımlar*. Siyasal Kitabevi.

- QPS, 2021. erişim adresi: <http://www.qps-antalya.com/>. (24.04.2021)
- Raspe, H. (2018). Value based health care (VbHC): woher und wohin?. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 130(2018), 8-12.
- Redondo, P., Ribeiro, M., Machado Lopes, M. B., & Gonçalves, F. R. (2019). Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes?. *Ecancermedicalscience*, 27 (13), 1-13.
- Reinhardt, U. E. (2006). Health reform: Porter and Teisberg's utopian vision. Erişim adresi: <http://healthaffairs.org/blog/2006/10/10/health-reform-porter-and-teisbergs-utopian-vision/>. (05.05.2021).
- Roberts, J.M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. R. (2010). *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi*. Ankara: Onur Matbaacılık.
- Roeke, T., van Bommel, A. C., Gaillard-Hemmink, M. P., Hartgrink, H. H., Mesker, W. E., & Tollenaar, R. A. (2014). The additional cancer yield of clinical breast examination in screening of women at hereditary increased risk of breast cancer: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 147(1), 15-23.
- Romley, J., Trish, E., Goldman, D., Beeuwkes Buntin, M., He, Y., & Ginsburg, P. (2019). Geographic variation in the delivery of high-value inpatient care. *Plos one*, 14(3), e0213647.
- Rothgang H (2007). Generationengerechte Finanzierung der GKV? Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- SB, Sağlık Bakanlığı (2015). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı
- SB, Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık Bakanlığı faaliyet raporu. Erişim adresi: <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,60674/stratejik-yonetim.html>. (24.04.2021)
- SB, Sağlık Bakanlığı (2021). Erişim adresi: <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-64109/std-raporlari.html> (24.04.2021)
- Sandelowski, M., & Leeman, J. (2012). Writing usable qualitative health research findings. *Qualitative health research*, 22(10), 1404-1413.
- Şahin, İ., Özbek, M.A., Güran, C. & Tosun, U. (2009). Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Sağlık Bakanlığı Çalışanlarının Yolsuzluk Algılamaları. *Amme İdaresi Dergisi*, 42(4), 101-136.
- Şahin, Ş., Toprak, S., & Ünal, E. (2012). QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları. *Medicine Science*, 1(3), 232-243.
- Şahinoğlu, A., & Bebek, G. (2018). Araştırma Görevlilerinin Bilimsel Araştırma Etiğine İlişkin Algıları: Nitel Bir Çalışma. Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 9(1), 47-58.

- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research of Nursing Health*, 33: 77– 84.
- Saranummi, N. (2009). In the Spotlight: Health Information Systems—PHR and Value Based Healthcare. *IEEE Reviews in Biomedical engineering*, 2, 15-17.
- Schiavone, F. & Simoni, M. (2019), Strategic marketing approaches for the diffusion of innovation in highly regulated industrial markets: the value of market Access. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 34(7), 1606-1618.
- Schreier, M. (2019). *İçerik Analizi*, SAGE Research Methods Foundations.
- Schutzer, S. F. (2015). Bundled payment programs: how to get started: assessing readiness and bringing the stakeholders to the table. *The Journal of arthroplasty*, 30(3), 343-345.
- Shakarishvili, G., Atun, R., Berman, P., Hsiao, W., Burgess, C., & Lansang, M. A. (2010). Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries. *Global Health Governance*, 3(2), 1-16.
- Şengün, H. (2016). Sağlık Hizmetleri Sunumunda İnovasyon. *The Medical Bulletin of Haseki*, 54(2016):194-198.
- Seyfioğlu, F. (2019). Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Modeli. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(4), 799-822.
- Şimşir, İ. & Altındış, S. (2019). Could Value-Based Purchasing Approach Be Used in Assessment of Healthcare Delivery Outputs?, *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 475-481.
- Singh, A., & Ward, R. P. (2016). Appropriate use criteria for echocardiography: evolving applications in the era of value-based healthcare. *Current cardiology reports*, 18(9), 93.
- Skovlund, S. E., Lichtenberg, T. H., Hessler, D., & Ejlskjær, N. (2019). Can the routine use of patient-reported outcome measures improve the delivery of person-centered diabetes care? A review of recent developments and a case study. *Current diabetes reports*, 19(9), 1-18.
- Sorenson, C., Drummond, M., & Burns, L.R. (2013). Evolving reimbursement and pricing policies for devices in Europe and the United States should encourage greater value. *Health Affairs*, 32(4), 788-796
- Squitieri, L., Bozic, K. J., & Pusic, A. L. (2017). The role of patient-reported outcome measures in value-based payment reform. *Value in Health*, 20(6), 834-836.
- St John, A., Edwards, G., Fisher, S., Badrick, T., Callahan, J., & Crothers, J. (2015). A call for a value based approach to laboratory medicine funding. *Clinical Biochemistry*, 48(13), 823-826.

- STD, (2021). Erişim adreesi: <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-64042/stdhta-nedir.html>.(09.05.2021).
- Tan, S. S., Serdén, L., Geissler, A., van Ineveld, M., Redekop, K., Heurgren, M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2011). *DRGs and cost accounting: Which is driving which*. Busse., R., Geissler, A., Quentin, W., Wily, M.(Eds.) Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Buckingham, Open University Press and WHO Regional Office for Europe. 59-74.
- Tarım, M. (2019). *Sağlık sektöründe değer temelli yönetim*. Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Dergi/1033/Saglik-sektorunde-deger-temelli-yonetim.aspx>.(15.05.2020).
- Tassadro, E. (2019). What is Value-Based Healthcare, Erişim adresi: <https://www.sustainalytics.com/esg-blog/value-based-healthcare/>.(04.05.2021).
- Taylan, H. H. (2011). Sosyal Bilimlerde Kullanılan İçerik Analizi Ve Söylem Analizinin Karşılaştırılması. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 63-76.
- Teisberg, E. O., & Wallace, S. (2009). Creating a high-value delivery system for health care. *In Seminars in thoracic and cardiovascular surgery*. 21(1), 35-42.
- Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682-685.
- Temel, K., & Aydın, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2019). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Publication.
- Terrell, G. (2018). Preparing Your Practice for Value- Based Care. *American Medical Association*. 2018, 1–15.
- The Economist Intelligence Unit, (2020). *Value-based healthcare: a global assessment* Erişim adresi: <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/value-based-healthcare-global-assessment-1>. (08.05.2021).
- Timpka, T., Nyce, J. M., & Amer-Wåhlin, I. (2018). Value-based reimbursement in collectively financed healthcare requires monitoring of socioeconomic patient data to maintain equality in service provision. *Journal of general internal medicine*, 33(12), 2240-2243.
- Transfield, D., Denyer, D. & Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidenceinformed management knowledge by means of systematic review, *British Journal of Management*, 14 (3) , 207 – 222.

- Traoré, M. K., Zacharewicz, G., Duboz, R., & Zeigler, B. (2019). Modeling and simulation framework for value-based healthcare systems. *Simulation*, 95(6), 481-497.
- Trautman, D. E. (2011). Healthcare Reform: 1 Year Later. *Nursing Management*, 42(4), 31-32.
- Tsevat, J., & Moriates, C. (2018). Value-based health care meets cost-effectiveness analysis. *Annals of internal medicine*, 169(5), 329-332.
- TÜİK (2019), *Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2009-2019* .Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>.(18.04.2021).
- TÜİK (2021). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109>. (09.05.2021)
- Türkyılmaz, D. (2021). Tıbbi Güven ve Güvensizlik. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1),15-30.
- Unit, E. I. (2016). Value-based healthcare in the UK—a system of trial and error.
- Ünal, Ö. (2020). *Defansif Tıp uygulamaları, öncülleri ve sonuçları*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniveristesi, Sakarya.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405.
- Van Citters, A. D., Fahlman, C., Goldmann, D. A., Lieberman, J. R., Koenig, K. M., DiGioia, A. M., ... & Nelson, E. C. (2014). Developing a pathway for high-value, patient-centered total joint arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(5), 1619-1635.
- Van Egdom, L. S. E., Lagendijk, M., van der Kemp, M. H., van Dam, J. H., Mureau, M. A. M., Hazelzet, J. A., & Koppert, L. B. (2019). Implementation of value based breast cancer care. *European Journal of Surgical Oncology*, 45(7), 1163-1170.
- Van Veghel, D., Schulz, D., Soliman-Hamad, M., & Dekker, L. (2019). The need for new financial models in the implementation of value-based healthcare. *International Journal of Healthcare Management*, 1-4.
- Vavken, P. (2011). Rationale for and methods of superiority, noninferiority, or equivalence designs in orthopaedic, controlled trials. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 469(9), 2645-2653.
- Verleye, K., Jaakkola, E., Hodgkinson, I.R., Jun, G.T., Odekerken-Schröder, G. & Quist, J. (2017).What causes imbalance in complex service networks? Evidence from a public health service. *Journal of Service Management*, 28(1), 34-56.
- Vetter, T. R., Uhler, L. M., & Bozic, K. J. (2017). Value-based healthcare: Preoperative assessment and global optimization (PASS-GO): Improving value in total joint

- replacement care. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 475(8), 1958-1962.
- Walraven, J., Jacobs, M. S., & Uyl-de Groot, C. A. (2021). Leveraging the Similarities Between Cost-Effectiveness Analysis and Value-Based Healthcare. *Value in Health*, 24(7), 1038-1044.
- Wang, C. J., Cheng, S. H., Wu, J. Y., Lin, Y. P., Kao, W. H., Lin, C. L., ... & Huang, A. T. (2017). Association of a bundled-payment program with cost and outcomes in full-cycle breast cancer care. *JAMA oncology*, 3(3), 327-334.
- WEF (2018). *Value in healthcare: accelerating the pace of health system transformation*. Insights Report, Prepared by the World Economic Forum in collaboration with Boston Consulting group (BSG). Erişim adresi: www3.weforum.org/docs/WEF_Value_in_Healthcare_report_2018.pdf. (08.05.2021).
- Wegner, S. E. (2016). Measuring value in health care: the times, they are a changin. *North Carolina medical journal*, 77(4), 276-278.
- WHO, World Health Organization.. (2019). *Public spending on health: a closer look at global trends*. Erişim adresi: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/. (08.05.2021).
- Wich, M., Auhuber, T., Scholtysik, D., & Ekkernkamp, A. (2018). Die Gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland als erfolgreiches Beispiel einer Value-based-Healthcare-Struktur. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 130, 13-20.
- Wodchis, W. P., & Reid, R. J. (2020). Improving Value Means Increasing Population Health and Equity. *Healthcarepapers*, 19(2), 10-15.
- Worthington, M. (2013). Differences between phenomenological research and a basic qualitative research design. Erişim adresi: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qrq6XKA1OOkJ:a1149861.sites.myregisteredsite.com/DifferencesBetweenPhenomenologicalResearchAndBasicQualitativeResearchDesign.pdf+&cd=2&hl=tr&ct=clnk&gl=tr>. (09.05.2021).
- Yaman, Z. (2019). Sağlık Kurumlarında Memnuniyetsizlik Karşısında Gösterilen Eylemler: şikâyet Davranışının Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi. *Social Sciences*, 14(5), 2669-2682.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yaşar, M. (2018). Nitel araştırmalarda nitelik sorunu. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 55-73.

- Yong, P. L., Olsen, L. & McGinnis, J. M. (2010). *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Zangerle, C. M., Harris, D. A., Rimmasch, H. & Randazzo, G. (2016). From Volumeto Value-Based Care: Leading Population Health Initiatives. *Nurse Leader*, 14(5), 318–322.
- Zheng, K., Ratwani, R. M., & Adler-Milstein, J. (2020). Studying workflow and workarounds in electronic health record–supported work to improve health system performance. *Annals of Internal Medicine*, 172(11), 116-122.
- Zipfel, N., van der Nat, P. B., Rensing, B. J., Daeter, E. J., Westert, G. P., & Groenewoud, A. S. (2019). The implementation of change model adds value to value-based healthcare: a qualitative study. *BMC health services research*, 19(1), 1-12.
- Zywiell, M. G., Liu, T. C., & Bozic, K. J. (2017). Value-based healthcare: The challenge of identifying and addressing low-value interventions. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 475(5), 1305-1308.

EKLER

Ek 1. Örnek Veri Çıkartma Formu

Yazarlar	Yayın Tarihi	Dergi adı	Özet	Tanımlamalar	DTSH ölçümleri



Ek 2. Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Tanımları

Bir denklemdir. Bu denklemde değer payını, bakım döngüsü süresince belirli bir tıbbi durum için tanımlanan hasta oluştururken paydayı hasta ile ilgili sonuç ölçümleri oluşturmaktadır.	Fakkert et al., 2017,
Değer temelli sağlık, her insan için daha iyi sonuçlar ve deneyimler elde etmek için mevcut kaynakların adil, sürdürülebilir ve şeffaf kullanımıdır.	Hurts et al. 2019
Bilinen en düşük ve en makul maliyetler ile klinik kalite ve güvenlik sonuçlarına odaklanılan bir hizmet sunum modelidir.	Block, 2016.
DTSH'nin sağlık hizmeti maliyetlerindeki hızlı yükselişi durdurması ve herhangi bir hasta grubu için bakım döngüsü başına toplam maliyetlerin daha iyi anlaşılmasına yol açması beklenir.	Andersson et al., 2015
Değere dayalı ödeme reformları, hizmetlerin hacminden ve yoğunluğundan, yüksek değerli, hasta merkezli bakıma doğru kaymayı vurguladığından, güvenli bir şekilde güvenli teslimatın yapılmasına rehberlik edebilecek bakım yolları, etkili, verimli ve hasta merkezli bakım gereklidir.	Van Citters et al.,2014
Bu değer yaratılması için, entegre uygulama birimlerine bakım sunumu organize etmek, yani uzman bölümlerde bakım sağlamak yerine hastanın tıbbi durumunun etrafında bakımın organize edilmesi, hastalar için önemli sonuçları ve maliyetlerini ölçmek ve bu sonuçları kurum içindeki ve dışındaki diğer insanlarla karşılaştırmak ve ayrıca toplu ödeme sistemine geçmeyi, entegre bir bakım dağıtım sistemi oluşturmayı; coğrafi olarak kurulu ve mükemmel bir uzman sağlık hizmeti oluşturmak ve bilgi teknolojisine yatırım yapmayı önermektedirler	Nilsson et al . 2017
Tüm bakım döngüsüne odaklanan bir yaklaşımdır. Bu döngü içerisinde maliyetleri düşürmeye çalışmakta, yüksek kalitede sağlık hizmeti vermekle beraber hasta merkezli bakımı ön plana almaktadır.	Elf et al., 2017
Odak noktası hastaya sunulan değerdir. Tüm bakım döngüsü boyunca olması gereken ve sürekli geliştirilmesi gereken sağlık hizmet modelidir.	Mofidi et al., 2016
Sağlık sunum modellerinde kalite, çıktı ve maliyetleri yeniden tasarlamayı ön görmektedir. Yeniden tasarlama sonucunda ise gerçekleşen iyileşmelerin yaratılan değer nüfus sağlığına olan etkilerine vurgu yapan bir model olarak açıklamaktadır.	Petersen, et al., 2016
Hastaneye giriş ve taburculuk sonrasında hastanın sonuçlarına odaklanarak, maliyet, kalite ve multidisipliner hizmetlerin koordinasyonu üzerinde duran bir modeldir.	Kolarczyk et al., 2017
Maliyet verileri, klinik karar desteği, eğitim, personel ve teknoloji kaynakları, hasta bakımı ve bakım koordinasyonunun uyumunu başarılı bir şekilde gerçekleştiren bir bakımdır.	Gordon et al., 2018
Sağlık ödemeleri ile hastanın sağlık sonuçları ve / veya bakım kalitesi ile ilişkilendirmeyi amaçlayan bakıma denir.	Terrell, 2018
Sağlık hizmeti ödemeleri, sonuçları ile ilişkilendirerek maliyet ve kalite arasında anlamlı bir bağlantı oluşturulan bakımdır.	Caron, 2017
Nüfus artışı ve kaynakların yetersizliği ile başa çıkmak için yeni bir strateji olarak geliştirilen sağlık hizmeti sunan kurumların geri ödeme yöntemleri içine değer dâhil edilmesini dikkate alan makro ölçekte bir sistemdir.	Bonde et al., 2018
Değere dayalı tıp, tıbbi kalite müdahalesinin gerçek maliyetini, yaşam kalitesi ve yaşam süresinde getirilen faydaları göz önüne alarak ölçer.	Brown et al., 2005
VBHC üç prensibe dayanır: hastalar için değer yaratmak; tıbbi uygulamaların organizasyonunu tıbbi koşullar ve bakım döngülerine dayandırmak; ve tıbbi sonuçların ve maliyetlerin ölçülmesi	Nilsson et al.,2017
Bireysel bileşenlerin kullanımının, hasta sonuçlarında haklı iyileştirmeler ve / veya maliyette gözle görülür azalmalar gerektirdiği sağlık hizmeti. Sağlık harcamaları ve	Singh, ve Ward 2016

geri ödemeleri, belirli bir hastalık durumunun veya hastalığın, bakım bölümleri olarak adlandırılan tam bir bakımın tamamı için küresel ödemelere giderek daha fazla bir şekilde eklenmektedir. Herhangi bir bireysel testin bir bakım bölümünde haklı gösterilmesi için, toplam maliyeti düşürerek veya hasta bakımı veya sağlık sonuçlarında gözle görülür iyileştirmeler yaparak değer sağlamalıdır.	
Değere dayalı sağlık hizmeti kavramı, öncelikle hasta için en önemli faktörleri göz önünde bulundurarak, aynı zamanda sağlık sistemindeki bakım hizmetinin maliyetini optimize ederken, daha iyi sonuçlar elde etmek için bir çerçeve olarak ortaya çıkmıştır. Değer, ilgili maliyetlere göre hastalar için elde edilen sağlık sonuçları olarak tanımlanır. Değer (bu bağlamda) bakımın sonuçlarına bağlıdır ve verilen hizmetlerin hacmine değil, elde edilen sonuçlara göre ölçülür.	(ESR,2017).

Ek 3. Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

Genel Sorular,

1. Kendinizi biraz tanıtır mısınız?
2. Yaşınız nedir?
3. Bu göreve gelene kadar hangi pozisyonlarda çalıştınız?
4. Kuruluşunuzdaki lisanslı hasta bakım yatağı sayısı nedir?/ Toplam sigortalı birey sayısı nedir?
5. Mevcut liderlik rolünüzü ve pozisyonunuzu açıklayın:

DTSH Tanımlamalarına ilişkin soru,

1. DTSH sizin için ne ifade ediyor? Nasıl tanımlarsınız?

DTSH Niçin gerekli olduğuna ilişkin sorular,

1. Mevcut sağlık sistemini nasıl değerlendirirsiniz? Yaşanan aksaklıklar ya da doğru yapılan işler nelerdir?
2. DTSH bu aksaklıkları hangi açılardan ve ne şekilde iyileştirmektedir?

DTSH Nasıl gerçekleşmelidir,

1. Bir sağlık sistemini DTSH'ne dönüştürmenin en iyi yolu nedir?
2. Hastalar için bakımın değerini artırmanın en iyi yolu nedir?
3. Verimliliği artırmak için kullanılan temel stratejiler nelerdir? Neler olmalıdır?
4. Artan hacim yerine odağı bakımdaki değere kaydırmak için kullanılan süreçler nelerdir?
5. Değer temelli sağlık hizmetlerinin operasyonlar üzerindeki bazı yıkıcı etkileri olabilir mi?
6. Daha iyi verimlilik için iş süreçlerini ne şekilde değiştirmek veya iyileştirmek gerekmektedir?

DTSH paydaşların rolü

1. DTSH gerçekleşmesinde hangi paydaşlar ne şekilde rol almalıdır?

DTSH Nasıl ölçüldüğü,

1. Performans hedeflerini belirlemek için hangi anahtar veriler (örn. A / R, hasta memnuniyeti, kalış süresi) gereklidir?
2. Performans sonuçları ne sıklıkla gözden geçirilmelidir?

3. Kuruluşlar maliyetleri düşürürken mali olarak uygulanabilir kalmayı sürdürürken yüksek kaliteye ulaşmak arasındaki dengeyi bulmaya çalıştıkça ele almanın önemli olduğunu düşündüğünüz herhangi bir alan var mı?

Takip ve Sondaj Soruları

1. Bu konuyu biraz daha açabilir misiniz?
2. Peki daha sonra herhangi bir şey yaptınız mı?
3. Size bu konuda yardımcı olan oldu mu?
4. Bu nasıl birşeydi?
5. Neden bu sizin için bu kadar önemlidir?



Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu Örneği

Sizi Mustafa AMARAT tarafından yürütülen “Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Rekabet/İş Stratejilerini Belirlemek.” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Değere dayalı sağlık hizmetleri için kullanılan en iyi iş stratejileri nelerdir ve nasıl olması gerektiğini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 60 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 21 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya mustafaamarat@sakarya.edu.tr e-posta adresi ve 90 264 295 6275 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ek 5. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/10/2020-E.9215



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu



Sayı :61923333/050.99/
Konu :27/04 Mustafa AMARAT

Sayın Mustafa AMARAT

İlgi : Mustafa AMARAT 15/09/2020 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 07.10.2020 tarihli ve 27 sayılı toplantısında alınan "04" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Abdolvahit İMAMOĞLU
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı V.

4. Arş. Gör. Mustafa AMARAT'ın " Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Rekabet /İş Stratejilerini Belirlemek " başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda Arş. Gör. Mustafa AMARAT'ın " Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Rekabet /İş Stratejilerini Belirlemek " başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6LBP45U>

ÖZGEÇMİŞ

Mustafa AMARAT, İlköğretim hayatına Van Atatürk ilköğretim okulunda başladı fakat eğitimini Ankara Tevfik İleri İlköğretim okulunda tamamladı. Lise eğitimine Ankara Kırkkonaklar Anadolu Lisesinde aldı. Lisans eğitimi Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi bölümünde tamamladı. 2015 yılında Yüksek lisans eğitimi Gazi Üniversitesi Hastane Yönetimi A.B.D.'de başladı 2016 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümüne Araştırma Görevlisi (ÖYP) olarak atandı ve Yüksek lisans eğitimine burada devam etti. Yüksek Lisansta “Hasta Temelli Kurumsal İtibarın Belirlenmesi” adlı tezini savundu.

