

**İkinci Basamak Kamu Sağlık Kurumlarında
Kurumsal Performans Ölçütlerinin
Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma
Sinan YILMAZ
(Doktora Tezi)
Eskişehir, 2013**

**İKİNCİ BASAMAK KAMU SAĞLIK KURUMLARINDA
KURUMSAL PERFORMANS ÖLÇÜTLERİNİN
BELİRLENMESİNE YÖNELİK
BİR ARAŞTIRMA**

Sinan YILMAZ

DOKTORA TEZİ

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. B. Zafer ERDOĞAN

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Ocak, 2013

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sinan YILMAZ'ın "İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçütlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma" başlıklı tezi 21 Ocak 2013 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **İşletme (Yönetim ve Organizasyon)** Anabilim Dalında Doktora tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

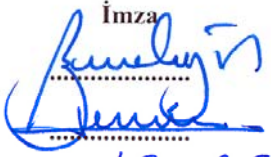
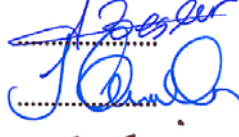
Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.B.Zafer ERDOĞAN

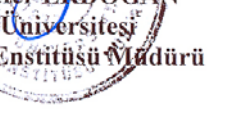
Üye : Prof.Dr.Deniz TAŞCI

Üye : Doç.Dr.Senem BESLER

Üye : Doç.Dr.İ.Cemil ULUKAN

Üye : Doç.Dr.Erkan ERDEMİR

İmza




Prof.Dr.B.Zafer ERDOĞAN
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Doktora Tez Öz 

İKİNCİ BASAMAK KAMU SAĞLIK KURUMLARINDA KURUMSAL PERFORMANS ÖLÇÜTLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Sinan YILMAZ

İşletme Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aralık 2012

Danışman: Prof. Dr. B. Zafer ERDOĞAN

Genel olarak sağlık hizmeti sunan işletmeler, özel olarak ise ikinci basamak kamu sağlık kurumlarında kurumsal performans ölçümü diğer işletmelerden farklıdır. Bu farklılık sağlık hizmetlerinin yapısından kaynaklanmaktadır.

İkinci basamak kamu sağlık kurumlarında kurumsal performansın çok boyutlu bir biçimde ölçülmesine yönelik performans ölçütlerinin belirlenmesi bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Bu amaç doğrultusunda sağlık kurumlarına yönelik 14 farklı performans ölçümü sisteminde yer alan 1207 performans ölçütü incelenerek 9 farklı performans boyutunu yansıtan 107 aday ölçüt belirlenmiştir. Bu ölçütler modifiye edilmiş Delphi tekniği aracılığı ile 4 farklı ilde yer alan, farklı boyutlarda 8 sağlık kurumunun yönetim ekipleri tarafından ikinci basamak sağlık kurumlarında kurumsal performans ölçümü için önemi açısından değerlendirilmiştir. İki tur süren Delphi uygulaması sonucunda ikinci basamak kamu sağlık kurumlarında kurumsal performans ölçümü için üzerinde yüksek düzeyde uzlaşa sağlanan; birincil derecede önemli 40, ikincil derecede önemli 30 olmak üzere 70 performans ölçütü tespit edilmiştir.

Anahtar Kelime; Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçümü, Performans ölçütü, Delphi tekniği.

Abstract

AN INQUIRY to DETERMINE ORGANIZATIONAL PERFORMANCE MEASURES of SECONDARY PUBLIC HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Sinan YILMAZ

Department of Business

Anadolu University, Institute of Social Sciences, December 2012

Supervisor: Prof. Dr. B. Zafer ERDOĞAN

Measurement of organizational performance for health care businesses in general and specifically secondary public health care organizations is different from other businesses. This distinction is caused by special properties of health care services.

The objective of this study is to determine appropriate multi-dimensional performance indicators for measuring organizational performance of secondary public health care institutions. Fourteen different national and international health care performance measurement frameworks consisting of 1207 performance indicators were analyzed. As a result of this analysis 107 performance indicators grouped into 9 performance dimensions were designated as candidate indicators. Using a modified Delphi technique management teams of 8 secondary public health care institutions in four different provinces were asked to evaluate and score these indicators for their appropriateness for measuring organizational performance of secondary public health care institutions. After two Delphi rounds 40 primary and 30 ancillary performance indicators with a high degree of consensus were determined.

Key Words: Performance measurement in health care institutions, Performance measurement, Delphi technique

15.12.2012

Etik İlke ve Kurallara Uygunluk Beyanı

Bu tez çalışmasının bana ait, özgün bir çalışma olduğunu, çalışmanın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumunda bilimsel etik ilke ve kurallarına uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veriler için kaynak gösterimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan bilimsel intihal tespit programı ile tarandığını ve hiçbir şekilde intihal içermediğini beyan ederim.

Her hangi bir zamanda çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durum saptanmasında ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Sinan Yılmaz



Özgeçmiş

Sinan YILMAZ

Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı

Doktora

Eğitim

Yls.	2004	Karaelmas Üniversitesi, SBE, İşletme ABD
Ls.	1998	Erciyes Üniversitesi İİBF. İşletme Bölümü, Kayseri
Lise	1993	Freedom High School, Bethlehem, PA

İş

2005 -	:	Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Arş. Gör.
2001 – 2005	:	Karaelmas Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, Yönetim ve Organizasyon ABD, Arş. Gör.
1999 - 2001	:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Arş. Gör.

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri/ yılı :	16.01.1976/ Havza, Samsun	Cinsiyet: Erkek
Yabancı dil :	İngilizce, Almanca	

İçindekiler

	Sayfa
Jüri ve Enstitü Onayı.....	ii
Doktora Tez Özü.....	iii
Abstract.....	iv
Etik İlke ve Kurallara Uygunluk Beyanı.....	v
Özgeçmiş.....	vi
Giriş.....	1
Birinci Bölüm	
Performans ve Performans Yönetimi	
1. Performans.....	3
1.1. Performans Kavramı.....	3
1.2. Kurumsal performans.....	7
2. Performans Yönetimi.....	9
3. Performans Ölçümü ve Ölçütleri.....	15
3.1. Finansal Performans Ölçütleri.....	19
3.1.1. Finansal tablo analizi ile performans ölçümü.....	20
3.1.2. Ekonomik katma değer.....	22
3.1.3. Finansal performans ölçümüne ilişkin eleştiriler.....	24
3.2. Üretim (Operasyon) Performansı.....	25
3.2.1. Kalite.....	27
3.2.2. Hız.....	27
3.2.3. Güvenilirlik.....	28

3.2.4. Esneklik.....	28
3.2.5. Maliyet	29
3.3. Pazarlama Tabanlı Performans	31
3.4. Stratejik Kontrol.....	34
4. Performans Ölçümü Sistemleri	37
4.1. Amaçlara Göre Yönetim	37
4.2. Performans Piramidi	39
4.3. Balanced Scorecard	41
4.3.1. Balanced Scorecard’ın temelleri, varsayımları ve evrimi.....	42
4.3.2. Balanced Scorecard’ın işlevleri	44
4.3.3. Balanced Scorecard’ın bileşenleri	46
4.3.4. Strateji haritalaması.....	58
4.4. EFQM Mükemmellik Modeli.....	59
4.5. Performans Prizması	60
İkinci Bölüm	
Sağlık Hizmetleri, Sağlık Kurumları ve Sağlık Kurumlarında Performans	
1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri.....	63
1.1. Sağlık.....	63
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	68
1.2.1. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	70
1.2.2. Sağlık hizmetlerinin özellikleri	75
2. Sağlık Sistemi.....	90
2.1. Sağlık Hizmetleri Sunumunun Finansmanı	91
2.2. Sağlık Hizmetleri Sunumu Organizasyonu	99
2.3. Türk Sağlık Sistemi.....	102
2.3.1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı	103
2.3.2. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu.....	105

2.3.3. Sağlık reformu.....	107
3. Sağlık Kuruluş ve Kurumları.....	112
4. Hastaneler ve Organizasyonu	116
4.1. Hastaneler	116
4.1.1. Tarihi ve işlevi	116
4.1.2. Hastanelerin özellikleri.....	119
4.1.3. Hastanelerin sınıflandırılması	121
4.2. Hastanelerde Organizasyon	123
4.2.1. Hastanelerde bilimsel kurullar	123
4.2.2. Hastanelerde tıbbi örgüt	124
4.2.3. Hastanelerde idari örgüt	126
4.3. Hastanelerin İşlevsel Yapıları.....	128
4.4. Hastanelerin İşleyişi.....	132
5. Hastanelerde ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçümü	140
5.1. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Performans Ölçümü	147
5.2. Uluslararası Nitelikli Hastane Performans Ölçüm Sistemleri.....	154
5.2.1. Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi.....	154
5.2.2. Dünya Sağlık Örgütü Hastanelerde Kalite Gelişimi için Değerlendirme Aracı (PATH).....	155
5.3. Ulusal Hastane Performans Ölçümü Sistemleri.....	160
5.4. Balanced Score Card Temelli Hastane Performans Ölçüm Sistemleri.....	162

Üçüncü Bölüm

İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans

Ölçütlerinin Belirlenmesi

1. Problemin Tanımı	167
2. Araştırmanın Amacı	168

3.	Araştırmanın Önemi	168
4.	Araştırmanın Sınırları	169
5.	Araştırma Yöntemi	171
5.1.	Delphi Tekniği	172
5.1.1.	Delphi tekniğinin gelişimi	173
5.1.2.	Delphi tekniğinin özellikleri	174
5.1.3.	Delphi tekniği uygulama aşamaları	177
5.1.4.	Delphi tekniği türleri	182
5.2.	Modifiye Edilmiş Delphi Tekniği	183
5.3.	Delphi Tekniğinin Sağlık Hizmetlerinde Ölçüt ve Ölçüm Çalışmalarında Kullanımı	184
6.	Araştırmanın Yürütülmesi	187
6.1.	Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi	189
6.2.	Katılımcıların Belirlenmesi	212
6.3.	Birinci Tur Delphi Uygulaması	222
6.4.	İkinci Tur Delphi Uygulaması	241
7.	Araştırmanın Bulguları ve Yorumları	254
8.	Sonuç ve Öneriler	258
	Kaynakça	328

Tablolar Listesi

Sayfa

Tablo 1. Amaçlara Göre Yönetim, Performans Değerleme ve Performans Yönetiminin Mukayesesi.....	11
Tablo 2. Operasyon Performansı Ölçütleri	30
Tablo 3. BSC’ın Finansal Boyutu için Önerilen Göstergeler.....	48
Tablo 4. BSC’ın Müşteri Boyutu İçin Önerilen Göstergeler	49
Tablo 5. BSC’ın Gelişme ve Öğrenme Boyutu için Önerilen Göstergeler.....	51
Tablo 6. BSC’ın Operasyonel Boyutu için Önerilen Göstergeler.....	52
Tablo 7. Performansın Kritik Boyutları	55
Tablo 8. İşletmeler Tarafından Kullanılan Temel Performans Göstergeleri.....	57
Tablo 9. Sağlık Hizmeti Türleri ve Sunucuları	114
Tablo 10. Klinik Performans Ölçütleri	144
Tablo 11. Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi Akut Bakım Göstergeleri.....	154
Tablo 12. PATH Çekirdek Ölçüt Seti	158
Tablo 13. PATH Uyumlaştırılmış Ölçüt Seti.....	159
Tablo 14. Hastaneler İçin Önerilen BSC Performans Boyut ve Ölçütleri.....	164
Tablo 15. Anket Yöntemi ve Delphi Tekniğinin Karşılaştırması	176
Tablo 16. Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçüm Sistemleri ve Ölçüt Sayıları.....	199
Tablo 17. Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçüt Sınıfları ve Sayıları...	200
Tablo 18. Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçütlerinin Birleştirilmesi Sonucu Oluşan Ölçüt Sınıf ve Sayıları	201

Tablo 19. Uzmanlar Tarafından Önerilen Ölçütlerle Birlikte Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçütlerinin Sınıf ve Sayıları	203
Tablo 20. Sağlık Kurumlarına Yönelik Aday Performans Ölçütleri ve Ölçüm Sistemlerinde Tekrarlanma Sıklıkları.....	205
Tablo 21. Araştırmada Yer Alan Sağlık Kurumlarının Özellikleri.....	213
Tablo 22. Araştırmada Yer Alan Sağlık Kurumlarının Yönetim Ekiplerinin Dağılımı	215
Tablo 23. Araştırmanın Birinci Turuna Katılıma İlişkin Veriler	216
Tablo 24. Katılımcılar ve Özellikleri.....	217
Tablo 25. Katılımcıların Cerrahi Çıktı Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri.....	228
Tablo 26. Katılımcıların Dahili Tıp Çıktı Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri.....	230
Tablo 27. Katılımcıların Cerrahi Süreç Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri.....	231
Tablo 28. Katılımcıların Dahili Tıp Süreç Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri.....	232
Tablo 29. Katılımcıların Yapısal Ölçütlere İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri	233
Tablo 30. Katılımcıların Finansal Ölçütlere İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri	234
Tablo 31. Katılımcıların Güvenlik Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri.....	235
Tablo 32. Katılımcıların Hasta Memnuniyeti Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri.....	236
Tablo 33. Katılımcıların İnsan Kaynakları Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri.....	237

Tablo 34. Katılımcıların Rekabet Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri	238
Tablo 35. Katılımcıların Diğer Ölçütlere İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri	239
Tablo 36. Birinci Tur Delphi Uygulaması Sonucunda Elenen Ölçütler	240
Tablo 37. İkinci Tur Delphi Uygulamasında Yer Alan Ölçütlerin Dağılımı	241
Tablo 38. İkinci Tur Delphi Uygulamasına Katılan Yöneticilerin Dağılımı	242
Tablo 39. Katılımcıların Cerrahi Çıktı Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	244
Tablo 40. Katılımcıların Dahili Tıp Çıktı Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	245
Tablo 41. Katılımcıların Cerrahi Süreç Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	246
Tablo 42. Katılımcıların Dahili Tıp Süreç Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	247
Tablo 43. Katılımcıların Yapısal Ölçütlere İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	248
Tablo 44. Katılımcıların Finansal Ölçütlere İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	249
Tablo 45. Katılımcıların Güvenlik Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	250
Tablo 46. Katılımcıların Hasta Memnuniyeti Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	251
Tablo 47. Katılımcıların İnsan Kaynakları Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	252
Tablo 48. Katılımcıların Rekabet Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	252
Tablo 49. Katılımcıların Diğer Ölçütlere İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri	253
Tablo 50. İkinci Tur Delphi Uygulaması Sonucunda Elenen Ölçütler	254

Tablo 51. Birinci Tur Delphi Uygulaması Sonucu Kriterleri Karşıl原因 Ölçüt Sayısı.....	255
Tablo 52. İkinci Tur Delphi Uygulaması Sonuç Özeti.....	256
Tablo 53. Önerilen Cerrahi Çıktı Ölçütleri.....	259
Tablo 54. Önerilen Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri.....	260
Tablo 55. Önerilen Cerrahi Süreç Ölçütleri.....	261
Tablo 56. Önerilen Dahili Tıp Süreç Ölçütleri.....	262
Tablo 57. Önerilen Yapısal Ölçütler	263
Tablo 58. Önerilen Finansal Ölçütler	264
Tablo 59. Önerilen Güvenlik Ölçütleri	266
Tablo 60. Önerilen Hasta Memnuniyet Ölçütleri	267
Tablo 61. Önerilen İnsan Kaynakları Ölçütleri.....	268
Tablo 62. Önerilen Rekabet Ölçütleri.....	269
Tablo 63. Önerilen Diğer Ölçütler.....	270

Şekiller Listesi

	Sayfa
Şekil 1. Performans Kavramı	5
Şekil 2. Performans Yönetimi Süreci	14
Şekil 3. Performans Yönetimi Çerçevesi.....	15
Şekil 4. Performans Ölçümü Sistemi.....	18
Şekil 5. Finansal Oranlar	21
Şekil 6. Operasyon Performansı.....	26
Şekil 7. Kontrol Süreci.....	33
Şekil 8. Stratejik Yönetim Süreci	35
Şekil 9. Amaçlara Göre Yönetim Döngüsü.....	38
Şekil 10. Performans Piramidi.....	41
Şekil 11. Stratejik Finansal Konuların Ölçümü.....	48
Şekil 12. EFQM Mükemmellik Modeli.....	59
Şekil 13. Performans Prizması.....	61
Şekil 14. Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin basit 2 taraflı işlem	93
Şekil 15. Üçüncü Taraf Ödeme Sistemleri Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Finansmanı	97
Şekil 16. Türk Sağlık Sisteminde Fon Akışı	105
Şekil 17. Devlet Hastanelerinde Bilimsel Kurullar	123
Şekil 18. Devlet Hastanelerinde Tıbbi Örgüt	125
Şekil 19. Devlet Hastanelerinde İdari Örgüt	127
Şekil 20. Devlet Hastanelerinde Tıbbi Birimler	128
Şekil 21. Devlet Hastanelerinde Destek Birimler	131
Şekil 22. Sağlık Hizmeti Sunumunun Verimli Döngüsü	133

Şekil 23. Devlet Hastanelerinde İş Akışı	136
Şekil 24. Tedavi Hizmeti Sunumu Süreci	137
Şekil 25. Sağlık Hizmeti Sunumu Değer Zinciri	138
Şekil 26. Kronik Böbrek Yetmezliği İçin Sağlık Hizmeti Sunumu Değer Zinciri	139
Şekil 27. Sağlık Hizmetinden Farklı Beklentiler ve Sağlık Çıktıları Düzeyleri	146
Şekil 28. PATH Teorik Modeli	157
Şekil 29. Araştırma Modeli	188

Giriş

Performans işletmenin ürettiği çıktıların amaçları ne düzeyde karşıladığını ifade eden bir kavramdır. Bir işletmenin başarı düzeyi aynı zamanda işletmenin performans düzeyi olarak ifade edilebilir. Performans ölçümü ve yönetimi kar amaçlı işletmelerde olduğu kadar kar amacı gütmeyen işletmelerde ve kamu kurumlarında da önem taşır. Kar amaçlı işletmelerde işletmenin nihai performans göstergesi kardır. Kamu kurumlarında ve kar amacı gütmeyen işletmelerde ise başarıyı tanımlayacak farklı performans ölçütleri önemli olmaktadır.

Sağlık kurumlarında ise performans, sağlık hizmetleri ve ekonomisinin özelliklerinin yanı sıra toplum tarafından sağlığa atfedilen önem ve özelliklerden dolayı daha karmaşık ve hassas bir yapı kazanmaktadır. Bu örgütlerin üstlendikleri farklı işlev ve görevler, toplumun bu örgütler tarafından üretilen çıktılarına atfettiği özel değer bu işletmelerde performans ölçümünün çok boyutlu ve çok bileşenli bir biçimde ele alınmasını gerektirmektedir. Sağlık kurumlarının sahip olduğu kompleks yapı, sunduğu hizmetlerin gerektirdiği uzmanlaşma düzeyi, ürettiği sonuçların önemi, sahip olduğu karmaşık paydaş yapısı bu kurumların kurumsal performansının ölçümünde yansıtılması ve dengelenmesi gereken çok sayıda faktöre neden olur. Dolayısıyla, genel olarak sağlık kurumları, özel olarak ise kamuya ait sağlık kurumlarında kurumsal performansın ölçülmesi için bu farklı özellik ve talepleri karşılayabilecek performans ölçütleri gereklidir. Bu araştırma ikinci basamak kamu sağlık kurumlarında kurumsal performans ölçmek için gerek duyulan performans ölçütlerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde performans, performans yönetimi, performans ölçümü ve performans ölçütü kavramları incelenmektedir. İşletme performansından hareketle finansal performans, operasyonel performans ve pazarlama performansı ve ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Ardından, kurumsal performansın çok boyutlu bir biçimde ölçülmesine yönelik olarak geliştirilmiş farklı performans ölçüm sistemleri ele alınmaktadır.

Araştırmanın ikinci bölümünde sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık sistemi, sağlık kurumları ve sağlık kurumlarında performans kavramları ele alınmaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin özellikleri incelendikten sonra sağlık sistemi ve sağlık sistemi

bileşenleri ele alınmaktadır. Bu kapsamda ülkemizde mevcut olan sağlık sisteminin yapısı ve özellikleri değerlendirilmektedir. İkinci bölümde ayrıca sağlık sunum kurumu olan hastaneler, işlevleri, özellikleri ve organizasyon açısından irdelenmektedir. İkinci bölüm hastanelerde ve sağlık hizmetlerinde performans ölçümü ve performans ölçüm sistemlerinin incelenmesi ile son bulmaktadır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde ülkemizde ikinci basamak kamu sağlık kurumları için uygun kurumsal performans ölçütlerinin belirlenmesine yönelik bir Delphi çalışması yer almaktadır. Delphi çalışmasına ikinci basamak sağlık kurumları yöneticileri katılmış, farklı performans ölçüm sistemlerinden elde edilmiş performans ölçütlerini, hastanelerde kurumsal performansın ölçümünde önemi açısından değerlendirmiştir.

Birinci Bölüm

Performans ve Performans Yönetimi

1. Performans

Performans kelimesi köken olarak Fransızca “performance” kelimesinden dilimize aktarılmıştır. Aynı kelimenin Türkçe karşılığı başarıdır. Başarı ise; elde edilen bir başarı, herhangi bir olayı veya durumu başarma isteği ve gücü, kişinin yapabileceği en iyi derece olarak tanımlanmaktadır (TDK).

Her ne kadar dilimize Fransızcadan aktarılsa da performans kavramı işletme bağlamında ağırlıklı olarak İngilizce kaynaklardan aktarılmaktadır. İngilizce “performance kelimesinin” sözlük tanımı ise; bir eylemin gerçekleştirilmesi, bir şeyin başarılması, bir taahhüt, iddia veya isteğin yerine getirilmesi, şeklindedir (Websters). Performans kelimesinin İngilizce tanımında olan ancak Türkçeleştirilmesinde göz ardı edilen temel tanım unsuru kavramın sadece her hangi bir işin yapılmasını (perform edilmesi) değil, aynı zamanda bu işin yapılış biçiminin ve sonucunun amaçlarla olan ilişkisidir. Dolayısıyla performans sadece bir eylemin yerine getirilmesini değil bu eylemin ne derece verimli ve etkin olduğunu da içermektedir.

1.1. Performans Kavramı

Performans, anlamına ilişkin herhangi bir belirsizliğe mahal vermeyecek, anlamı üzerinde uzlaşma sağlanmış, üniter bir kavram değildir. Kavramın, farklı izleyiciler açısından farklı önem derecelerine sahip, başarıya ilişkin bilgi olarak ele alınması çoğu durumda daha uygun olmaktadır (Bovaird 1996: 147).

Performansı kavramsal olarak ele alan Lebas ve Euske (2007: 126) performans kelimesinin İngilizce ve Fransızca sözlüklerdeki tanımlarını incelemiş ve çeşitli performans tanımlarının aşağıdaki özelliklere sahip olduğunu bulmuştur:

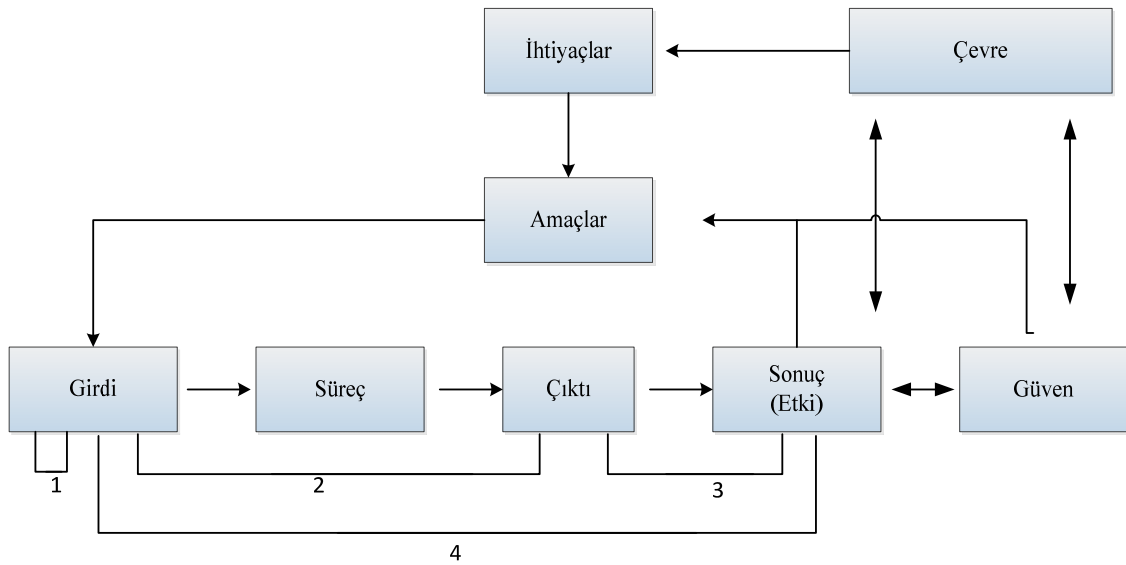
- İletişime konu olmasına imkân verecek bir biçimde bir sayı veya ifade ile ölçülebilirlik (bu performans yönetiminin birden fazla kişiyi kapsayan bir kavram olmasını doğurur).
- Bir şeyin belirli bir hedef doğrultusunda başarılması (örn. değer yaratmak).
- Bir eylemin sonucu olması.
- Başarma yeteneği veya bir sonuca ulaşmak için gerekli potansiyeli içermesi.
- Seçilen veya içsel/dışsal olarak dayatılan bir referans veya mihenk ile kıyaslama.
- Beklenen ile karşılaştırıldığında şaşırtıcı bir sonuç.
- Mukayese yoluyla değerlendirme.

Performans kavramı pek çok sahada kullanılmakla beraber anlam olarak odağa bağlı bir biçimde farklılaşmaktadır. Sporda performans, bir atletin ilgili spor dalının konusu olan faaliyeti yapma süresi ile ilgili olabilirken, yapılan iş miktarını da temsil edebilmektedir. Örneğin, bir koşucunun performansı belirli bir mesafeyi kat etme süresini ifade ederken, bir halterci açısından performans kaldırılan ağırlık ile ifade edilmektedir. Benzer bir biçimde bir otomobilin performansı sürede kat edilen mesafe (hız) olarak ifade edilirken aynı otomobilin bir bileşeni olan motorun performansı ürettiği enerji miktarı (beygir gücü) ile ifade edilmektedir. Burada dikkat çeken önemli bir husus ortaya çıkmaktadır. Genel sistem kuramı çerçevesinde ele alınacak olursa performanstan bahsederken sistemlerin, bileşenlerinin (alt-sistemlerin) ve oluşturdukları bütünün (üst-sistemlerin) performanslarından bahsedilebilir. Diğer bir ifadeyle bir olgunun performansı, o olguyu meydana getiren olguların performansı ve o olgunun bir parçası olduğu olgunun performansından da söz edilebilmektedir.

En yalın tanımıyla, performans bir işin başarılmasıdır (Çevik vd. 2008:15). Çevik (2007:252) performansı eylem bağlamında, mal veya hizmet üretimi ile ilgili herhangi bir işin yerine getirilmesi olarak ele alır. Can vd. (2001:170) kavrama ilişkin sundukları daha kapsamlı tanımda performansı, bir işin gereksinimleri doğrultusunda “önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara yaklaşma

derecesi” biçiminde tanımlar. Fitzpatrick ve Morrison (1971:239) performansı “çevreyi belirli biçimlerde değiştirmeyi amaçlayan eylemler dizisi” olarak tanımlamaktadır. Bu eylemler dizisi “iş” olarak tanımlanan olgunun yerine getirilmesi esnasında yapılan eylemleri de ifade etmektedir. Zira, Gitomer de (1993:244) performansı basitçe “bir eylemin ifası” olarak ele almaktadır.

Aşağıda yer alan Şekil 1 performans kavramının kapsamını görsel olarak ifade etmektedir. Şekilde esas olarak bileşenleri ile bir sistem ve bu sistemin bir sosyo-ekonomik aktör olarak tasvir edilmesi için gerekli olan çevresel faktörler gösterilmektedir. İhtiyaçlar çevre tarafından tayin edilmekte ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda amaçlar belirlenmektedir. Bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik olarak girdinin süreçlenerek çıktıya dönüştürüldüğü bir üretim sistemi vardır. Elde edilen çıktılar amaçlarla ilgili olarak sonuçları ifade ederken; güven, çevrenin bu sistemin sonuç oluşturma yeteneğine ilişkin algı ve değerlendirmeleridir.



1. Girdi / Girdi : Ekonomiklik
2. Girdi / Çıktı : Etkinlik, üretkenlik, verimlilik
3. Çıktı / Sonuç : Etkililik
4. Girdi / Sonuç : Maliyet etkililiği

Şekil 1. Performans Kavramı

Kaynak: Bouckaert ve Halligan s.16.

Böyle bir sistemde performans ekonomiklik, etkinlik ve özel bir etkinlik durumu olan maliyet etkinliği boyutlarında ifade edilmektedir. Sistemde yer alan girdi, süreç ve çıktılar nicel ve nitel olarak ifade edilebilen olgulardır. Nicel olarak ifade edilen bu olgular birbirleri ile nicel olarak ilişkilendirilebilir. Bu ilişkilendirmeler şekilde yer alan; ekonomiklik, etkinlik ve maliyet etkinliğinden oluşan 4 performans boyutu ile ifade edilebilir. Ekonomiklik girdinin farklı şekilde ifade edilişlerinin birbirleri ile ilişkisini ifade eder ve girdi maliyeti ile ilgilidir. Verimlilik, çıktı ile girdi arasındaki ilişkiyi ifade eder ve sistemdeki dönüşüm sürecinin ne derece “iyi” işlediğini gösterir. Etkinlik elde edilen çıktıların sonuçlarla ilişkisini ifade eder ve sistemin çıktılarının amaçları ne derece karşıladığı ile ilgilidir. Verimlilik ve etkinlik Drucker’ın basit tanımları doğrultusunda; verimliliğin işlerin doğru yapılması, etkinliğin ise doğru işlerin yapılması, anlamında sistemin performansını tasvir eden kavramlardır. Maliyet etkinliği amaçlara ulaşmak için kullanılan kaynaklar açısından sistemin ürettiği etkinin ekonomikliğini ifade eder. Şekilde yer alan güven unsuru ise sistemin sonuç üretme yeteneğine ilişkin olarak çevrede oluşan inanışı ifade eder. Teknik anlamda sistem performansı, ekonomiklik verimliliğin girdilerle ilgili özel bir durumu olduğu için, verimlilik ve etkinlik olarak ele alınabilir.

Bu bağlamda ele alındığında performans kaynakların (girdilerin) sonuçlar elde etmeye yönelik olarak verimli ve etkin kullanımı olarak tanımlanabilir. Verimlilik, çıktıların girdilere nicel olarak oranıdır. Etkinlik ise elde edilen sonuçların düzeyidir (Berman, 2006:5-6). Örneğin; polis ekiplerinin ortalama devriye süresi bir verimlilik ifadesi iken yakalanan suçlu sayısı bir etkinlik ifadesidir. Performans sadece amaçlara ulaşma derecesi biçiminde ele alındığında kavramın sadece bir boyutu göz önünde bulundurulmuş olmaktadır. Ancak performans kavramı özde sadece belirli bir çıktıyı sağlamayı değil o çıktının elde edilmesi sürecindeki davranışları da (veya faaliyetleri) kapsamaktadır. Armstrong (2006:7) performans kavramının bu çok boyutluluğunun önemini vurgulayarak performans farklılıklarının gerçekte amaçlar arasındaki farklardan değil davranışlar arasındaki farklardan kaynaklandığını ima etmektedir.

Davranışlar sadece sonuçların veya çıktıların elde edilmesini sağlayan araçlar değil davranışta bulunan kişinin bir işe veya faaliyete yönelik olarak yerine getirdiği fiziksel ve zihinsel eylemlerdir. Bu özellikleriyle davranışların sonuçlardan bağımsız bir

biçimde değerlendirilmesi de mümkündür. Lebas ve Euske (2007:127) performansın aynı anda hem eylem, hem eylemin sonuçları hem de sonuçların başarı derecesinin bir mihenk ile mukayyesini ifade ettiğini belirtmektedir.

Armstrong (2000:3) performansın sonuçlar ve davranışlar açısından ele alınış biçiminin, özellikle performans ölçümü bağlamında, farklı bakış açılarına imkân verdiğini ifade eder. Verweire ve Van den Berghe (2004:5-6) ise performans kavramının farklı alanlarda farklı anlamlarda kullanımına dikkat çekerek kullanılan tanımın performans ölçümü ve yönetimine yaklaşım açısından belirleyici bir özellik olduğunu belirtir. İşletme bağlamından performans finansal sonuçlar, üretim süreçleri, pazarlama faaliyetlerinin etkinliği gibi çok farklı açılardan ele alınarak tanımlanabilir ve geliştirilen her farklı tanıma göre farklı performans kriterleri ve ölçütleri ortaya konulabilir.

Aguinis (2006:76) performansın iki temel özelliği olduğunu ifade etmektedir. Bu özelliklerden ilki performansa konu olan davranışların örgütsel ve bireysel etkinliğe katkıları açısından olumlu, nötr ve olumsuz biçiminde değerlendirilebilir oluşudur. İkinci özellik ise performansın çok boyutluluğudur. Çok boyutluluk örgütsel amaçlara ulaşmaya katkı sağlayacak çok sayıda davranış türü olduğunu ifade eder. Dolayısıyla bireysel eylemlerin, işletme bağlamında bireysel performansın yanı sıra, örgütsel amaçların gerçekleştirilmesine katkısı da söz konusudur.

Aguinis (2006:76) performans kavramına ilişkin yaptığı değerlendirmede performansın bireysel, birimsel ve örgütsel amaçların ulaşılması ile ilgili olduğunu ifade etmektedir. Dolayısıyla, performans olgusunu örgütün farklı düzeylerinde ve farklı kapsamlarda ele almak mümkündür. En basit ve temel düzeyde, tekil bir iş görenin performansını tasvir eden bireysel performanstan, ekip performansından, iş birimi performansından, kurumsal performanstan hatta tüm bunları ve daha fazlasını da kapsayan sistem performansından söz edilebilir.

1.2. Kurumsal performans

İşletme ve İktisat bağlamları dışında düşünüldüğünde performans insan ve makinelerin iş yapmaları ile ilgilidir. Böyle ele alındığında performans geçmiş işlevler veya mevcut

anda yerine getirilen işlevlerle ilgilidir. İşletme veya İktisat bağlamında ele alındığında ise performans sadece geçmiş veya mevcut anla ilgili değil, aynı zamanda geleceğe ilişkin beklentilerle de ilgilidir. Bu bağlamda performans bir işletmenin geçmişinden süregelen ve hali hazırda var olan verimliliği ve etkinliği ile sınırlı olmayarak gelecekteki verimlilik ve etkinliğine ilişkin beklentileri de kapsar (Meyer, 2003:19-20).

Örgütler belirli bir amaca ulaşmak için çalışan, ortak inanç ve değerlere sahip insanlardan oluşur. Dolayısıyla örgütün bir bütün olarak bu ortak amaca ulaşmaya yönelik olarak gerçekleştirilen davranışlar ve sonuçlar boyutunda performansından söz edilebilir. Benzer biçimde örgütü oluşturan alt birimlerin de bu ortak amaca yönelik olarak gerçekleştirdikleri davranışlar ve elde ettikleri sonuçlar boyutunda performansından söz edilebilir. Hatta örgüt içinde yer alan her bir tekil bireyin örgütün ortak amaçları doğrultusunda davranışları ve elde ettikleri sonuçlar açısından performanstan söz edilmesi mümkündür.

Kurumsal performansı kavramı stratejik yönetim ve muhasebe bilimlerinin temelinde yatmaktadır (Verweire & Van den Berghe, 2004:6). Kurumsal performansın önemine değinen çok sayıda çalışma olmasına karşın, kavrama ilişkin genel kabul gören bir tanıma rastlanılmamaktadır. En genel anlamda kurumsal performans örgütün amaçlarının gerçekleştirilme derecesini ifade etmektedir. Daha kapsamlı bir biçimde tanımlanacak olursa, kurumsal performans işletmenin paydaş istek ve beklentilerine cevap verme düzeyini, kaynak kullanımında verimliliğini, çevresel uyumda sergilediği başarı düzeyini ifade eder.

Kurumsal performans farklı boyutlarda ele alınabilen bir kavramdır. En dar bağlamda muhasebe verilerine dayalı olarak işletme performansını finansal performans bağlamında ele alır. Kapsamı genişletildiğinde işletme performansını finansal performans kriterlerinin yanı sıra pazarlama ve operasyon yönetimi temelli kriterleri de kapsayan bir hal alır.

Kurumsal performans kavramı örgütün, üretken kaynakların ortak amaçlar doğrultusunda ve gönüllü bir biçimde bir araya gelmesinden oluştuğunu varsayar. Burada sözü edilen kaynaklar insan, sermaye ve fiziksel kaynaklardır. Bu kaynakları örgüt bünyesine sunanlar ise karşılık olarak elde ettikleri fiyatın fırsat maliyetine göre

tatmin edici olması durumunda örgüt bünyesinde yer almaya devam edeceklerdir. Dolayısıyla performansın özünün değer üretimi olduğu ifade edilebilir (Carton ve Hofer 2006:3). Örgüt kapsamında yer alan kaynaklarla üretilen değer bu kaynakların sahiplerinin bekledikleri değere eşit veya daha fazla olduğu sürece kaynaklar örgüt bünyesinde bulunmaya devam ederek örgütün varlığı sürecektir. Dolayısıyla örgüt performansı, örgütün üretken kaynaklar ile ürettiği değer kaynak sahiplerinin beklediği değerle mukayesesi doğrultusunda tanımlanır (Verweire ve Van den Berghe, 2004: 6).

Yüksek örgüt performansı örgütün misyonunun, stratejisinin ve amaçlarının açık bir biçimde anlaşılmasına bağlıdır. Örgüt performansı çalışanların bireysel ve takım halinde bu amaçlara katkısını maksimize edecek performans hedeflerinin belirlenmesi, bu hedeflerin ve hedeflere ulaşımın sistemli bir biçimde gözden geçirilerek gelecekte performansı arttırmaya yönelik performans iyileştirme planlarının oluşturulması sonucu en iyi seviyelere getirilebilecektir (Armstrong, 2006:138). Örgütsel düzeyde performans yönetimi işletmenin paydaşları için değer yaratması ile ilgilenmekte, bunu da kaynak tabanlı bir stratejik yaklaşım ve sürekli iyileştirme felsefesi ile yapmaktadır (Armstrong, 2006:141).

Bu şekilde ele alındığında örgüt performansının örgütün stratejik yönetim sürecinin konusu olduğu açık bir biçimde ortaya çıkmaktadır. İnsan kaynakları yönetimi bağlamında performans yönetimi kavramı çalışanlara yönelik performans hedeflerinin belirlenmesi, bu hedeflere ulaşımın denetlenmesi ve yönetilmesini kapsarken örgüt bağlamında performans yönetimi misyon ve stratejik amaçlara ilişkin örgüt ölçeğinde performans hedeflerinin belirlenmesi ve bu amaçlara ulaşımın denetlenmesi ve yönetilmesini içermektedir.

2. Performans Yönetimi

Aguinis (2007:2) insan kaynakları yönetimi bakışını temel alan çalışmasında performans yönetimini bireylerin ve takımların performansının sürekli olarak belirlenmesi, ölçülmesi ve geliştirilerek örgütün stratejik amaçları ile uyumlaştırılması süreci olarak ele alır. İşletme yazınında performans yönetimi kavramı yaygın bir biçimde insan kaynakları yönetiminin bir işlevi olarak karşımıza çıkar. Bireylerin

performansının yönetimini ifade eden “performans değerlendirme” kavramı da insan kaynakları yönetiminde geniş kabule sahiptir (Webb, 2003:9). Barutçugil (2002:125) insan kaynakları yönetimi merkezli bakışla performans yönetimini örgütsel amaçlara ulaşmak için çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın işletmeye yerleşmesi ve birimlerin ve bireylerin performansının bu hedeflere ulaşmak için gösterilen çabalara yapacakları katkı düzeylerini arttırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücret ve ödül sistemleri aracılığıyla bu katkının teşvik edilmesi ve insan kaynaklarının bu katkıyı arttıracak biçimde geliştirilmesi olarak ele almaktadır. Bu tanım performans yönetimine yönelik insan kaynakları yönetimi temelli tüm yaklaşımlarla benzerlik göstermektedir. Zira insan kaynakları yönetimi temelli performans yönetimi tanımları birey ve birimlerin örgütsel hedeflerin gerçekleştirilmesine katkılarının planlanması, ölçülmesi/değerlendirilmesi, ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi üzerinde odaklanmaktadır.

Diğer tarafta ise performans yönetimini yönetim muhasebesinin bir işlevi olarak gören yazarlar da mevcuttur (Kaygusuz, 2005 ve Coşkun, 2006). Ancak akademik yazın performans yönetimi kavramının yönetimin kontrol işlevinin bir faaliyeti olduğu konusunda uzlaşmaktadır.

ABD Ticaret Bakanlığı performans yönetimini “performans ölçümü bilgisinin örgütün kültürü, sistemleri veya süreçleri üzerinde olumlu değişimler gerçekleştirmek üzere kullanılması” olarak ele alır. Performans yönetimi süreci üzerinde uzlaşılan performans hedeflerinin belirlenmesi, bu hedeflere ulaşmak için gerekli olan politika ve program yönelimlerinin belirlenmesi ve hedeflere ulaşılma derecesi ile ilgili bilgilerin iletilmesini içerir (U.S. Department of Commerce, 1998:5). Performans yönetiminin performans ölçümü ile ilişkisini Bonham (2008:97) tarihi örneklerle vurgular. Bonham’e göre yöneticilerin performansa ilişkin bilgi gereksinimi tarih kadar eskidir. Ancak performans bilgisi toplamaya yarayan araçların bilgi yaymak için kullanılmaya başlanması ile performans ölçümünden performans yönetimine geçiş gerçekleşmiştir.

Performans yönetiminin temelleri, Peter Drucker tarafından kurgulanan Amaçlara Göre Yönetim kavramına dayandırılmaktadır. Amaçlara Göre Yönetim, işletmenin kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerinin belirlenmesi ve işletme çalışanlarının bu hedefler doğrultusunda hedefler saptayarak, saptanan hedefler doğrultusunda performanslarının

değerlendirilmesi üzerine kurgulanmış bir yönetim yaklaşımıdır (Zaim, 2002; Armstrong, 2009:14). Ancak, Armstrong (2009:10) performans yönetiminin her ne kadar amaçlara göre yönetim temelli olsa da amaçlara göre yönetim gibi insan kaynakları yönetimi odaklı bir yaklaşım değil bir bütün olarak işletme yönetimi ile ilgili bir işlev olduğunu katı bir şekilde vurgulamaktadır. Performans yönetimi insan kaynakları yöneticilerinin belirli aralıklarla yürüttüğü değerlendirmeleri içeren bir süreç değil işletme yöneticilerinin her gün gerçekleştirdiği bir faaliyet olarak görülmektedir. Performans yönetiminin nihai amacı sürdürülebilir kurumsal performansa ulaşmaya yönelik olarak strateji geliştirme, performans hedefleri belirleme ve bunları işlevselleştirmek için gerekli somut adımların belirlenmesidir (Verweire ve van den Berghe, 2004:6).

Tablo 1, Amaçlara Göre Yönetim, performans değerlendirme ve performans yönetimi kavramlarının bazı özelliklerini karşılaştırmaktadır. Buradan performans yönetimi kavramının odak olarak insan kaynakları yönetiminden çıkarak işletme ve yönetim fonksiyonlarının tümünü kapsayacak bir biçimde genişlediği görülmektedir.

Tablo 1. Amaçlara Göre Yönetim, Performans Değerleme ve Performans Yönetiminin Mukayesesi

Amaçlara Göre Yönetim	Performans Değerleme	Performans Yönetimi
Bireysel amaçlar üzerine odak	Bireysel amaçlar dâhil edilebilir	Örgütsel ve bireysel amaçlar üzerine odak
Nicelleştirilmiş gereksinimler ve performans ölçütlerine odak	Bazı nitel performans ölçütleri dâhil edilebilir	Hem çıktıları (sonuçlar) hem de girdileri (yetenekler) kapsar
Yıllık değerlendirmeler	Yıllık değerlendirmeler	Sürekli değerlendirme
Puanlama yapılmaz	Puanlama ve sıralama yapılır	Puanlama olmayabilir
Geçmişe dönük odak	Geçmişe dönük odak	Geleceğe dönük odak
Performansa ulaşmaya odaklı	Performans düzeyleri ve liyakat üzerine odaklı	Performansın yanı sıra gelişime odaklı
Yukarıdan aşağı doğru sistem yapısı	Yukarıdan aşağı doğru sistem yapısı	Örgüt kademelerini birleştirici bir süreç

Monolitik sistem	Monolitik sistem	Esnek sistem
Paket sistem	Çoğu kez özel olarak tasarlanmış veya uyarlanmış	Özel tasarım
Karmaşık bürokrasi	Karmaşık bürokrasi	Asgari bürokrasi
Ücret ile doğrudan bağ olamayabilir	Çoğu kez performansa dayalı ücret bileşenlidir	Ücret ile doğrudan bağ olamayabilir
Yöneticilere uygulanır	Tüm çalışanlara uygulanır	Tüm çalışanlara uygulanır
Hat yöneticileri ve İK departmanı tarafından yürütülür	İK departmanı tarafından yürütülür	Hat yöneticileri tarafından yürütülür

Kaynak: Armstrong 2009 s.27.

Performans yönetimi üç düzeyde ele alınabilir. Bu düzeyler kurumsal (stratejik), iş süreçleri ve çalışanlardır (Coşkun, 2006:2). Bu üç düzey birbirlerini bütünler nitelikte ele alınabilir. Çalışanların performansı, iş süreçlerinin performansı, bunların toplamı da kurumsal performans üzerinde etki sahibi olacaktır. Bu yaklaşım genel sistem teorisinde öngörülen alt sistemlerden oluşan üst sistemler ile uyumludur. Örgütün farklı kademelerinde performans yönetimi ve bunların üst sistemi olan örgütte de performans yönetimi mümkündür.

Nair (2004:218-219) performans yönetimini iki farklı alanda önemi olan bir kavram olarak ele alır. Bunlardan ilki insan kaynakları yönetimidir ve burada performans yönetimi işin, işgören performans sistemlerinin ve ücret/teşvik sistemlerinin yönetilmesini içerir. İkinci alan ise kurumsal performans yönetimidir ve işletmenin finansal, operasyonel ve stratejik performansı ile ilgili analitik yaklaşımlar, araçlar, sistemler ve metodolojiler ile ilgilenir.

Örgüt bağlamında, yani kurumsal performans açısından, ele alındığında performans yönetimi bir örgütün stratejisinin gerçekleştirilmesinin yönetilmesine imkân veren kavramsal çerçeve olarak değerlendirilmektedir (Cokins, 2006:2). Bu haliyle performans yönetiminin yönetim ve organizasyon biliminin inceleme alanına girdiği ise aşikârdır. Kaygusuz (2005) performans yönetimini işletme yönetiminde finansal ölçütlerin yanı sıra finansal olmayan ölçütler aracılığıyla performans ölçümü ve

değerlendirmesinin yapıldığı ve işletme stratejisi ile ilgili karar vermede kullanılan bir sistem olarak ele almaktadır.

Söz konusu işlev literatürde işletme (business) performansı yönetimi, kurumsal (corporate) performans yönetimi, girişim (enterprise) performans yönetimi ve stratejik performans yönetimi gibi farklı isimlerle anılmakla beraber bunların hepsi aynı şeyi ifade etmektedir (Cokins, 2004:30).

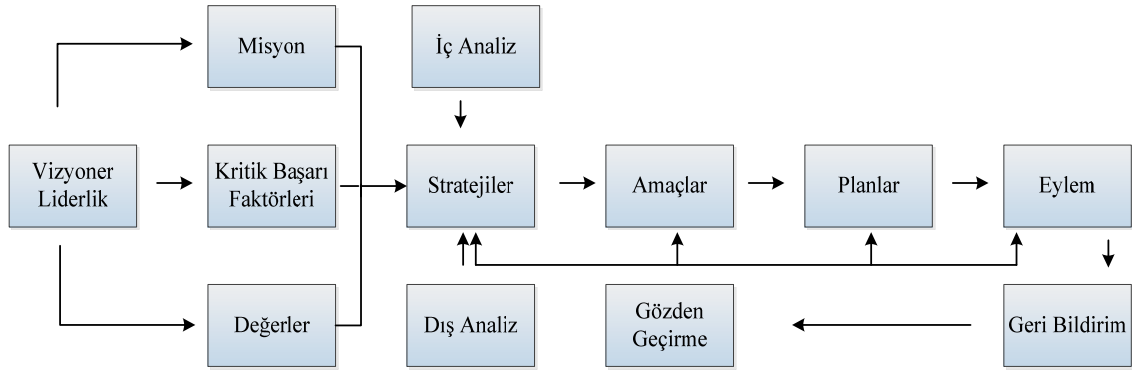
Cokins (2009: 7) performans yönetiminin geleneksel olarak insan kaynakları yönetimi işlevi bağlamında işgörenler anlamında kullanılmasından kaynaklı olarak kavramın işlevler bağlamında çeşitlendirildiğini ifade eder. Bu çeşitlendirme sonucunda kavramın tekil işletme fonksiyonları veya bölümleri doğrultusunda; pazarlama performansı yönetimi, bilişim performansı yönetimi gibi türevleri ortaya çıkmıştır. Bu işlev odaklılık sonucunda kavram çoğu kez performans ölçümü veya raporlamasına yönelik teknik veya araçlar çerçevesinde tanımlanmıştır.

Axson (2010:25) işletme performansının yönetimini ifade eden çeşitli kavramların eşanlamlılığını teyit ederek tüm bu kavramlara ilişkin aşağıdaki tanımları sunar.

İşletme performans yönetimi, yöneticiler tarafından strateji belirleme, plan geliştirme, uygulamayı takip etme, performans tahmini gerçekleştirme, sonuçları raporlama ve karar verme için kullanılan tüm süreç, bilgi ve sistemleri kapsar.

Axson tarafından yapılan tanım performans yönetiminin çok geniş kapsamlı bir işlev olduğunu ortaya koyar. Cokins (2009:9) performans yönetiminin işletme süreçlerinin müşteriler için değer yaratacak biçimde sürekli iyileştirilerek hissedarlar ve işletme sahipleri için ekonomik değer yaratmak olduğunu ifade eder. Diğer bir ifadeyle performans yönetimi planların sonuçlara dönüştürülmesi, yani örgüt stratejisinin yönetilmesidir. Marr (2006:3) performans yönetimini işletme stratejisinin tanımlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve sürekli iyileştirilmesine yönelik örgütsel yaklaşım olarak tanımlar. Performans yönetimi örgütün strateji geliştirmesinde ve çalışanların stratejiyi içselleştirmesinde kullanılan metodoloji, çerçeve ve göstergeleri kapsar.

Armstrong (2000:142) örgüt düzeyinde performans yönetimini bir döngüsel süreç olarak tasvir eder. Armstrong'un sunduğu model Şekil 2'de gösterilmektedir.

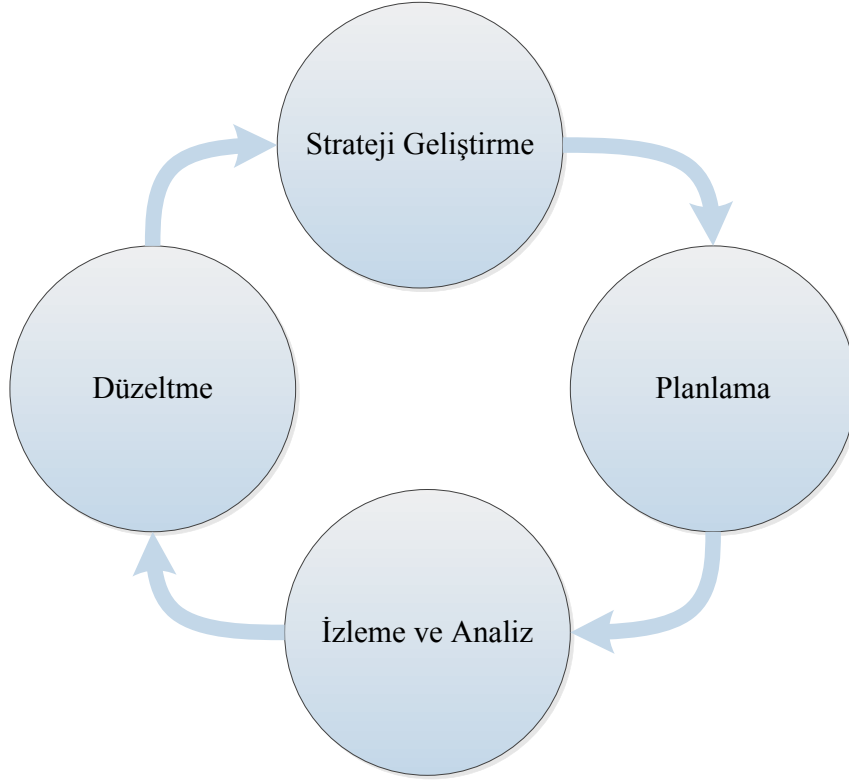


Şekil 2. Performans Yönetimi Süreci

Kaynak: Armstrong, 2000:142.

Şekil 2’de gösterilen modelden de anlaşılacağı üzere performans yönetimi stratejik yönetim temelli bir kontrol ve iyileştirme sürecidir. Strateji formülasyonu, bunu takip eden eylem ve performans ölçümü yoluyla geribildirim performans yönetimini bir sibernetik sistem yapmaktadır. Şekilden de anlaşıldığı üzere performans yönetimi strateji formülasyonu ile başlar. Formüle edilen stratejinin izlenerek sonuçların strateji formülasyonuna geri bildirimini ile sürekli iyileştirme sağlar. Bu şekliyle performans yönetimi planlama, yürütme ve kontrol aşamalarından oluşmaktadır.

Ariyachandra ve Frolick (2008:114) performans yönetimi sistemini daha basit bir biçimde, dört aşamadan oluşan bir döngü olarak görselleştirmektedir. Burada öngörülen sistem strateji geliştirme, planlama, izleme ve düzeltme aşamalarından oluşmakta ve Şekil 3’de gösterilmektedir. Strateji geliştirme süreci işletme stratejisinin tayin edilmesi, stratejik hedeflere ulaşmak için gerekli değer üretici faktörleri ve işletme performansını ölçmek için gerekli olan ölçütlerin belirlenmesi faaliyetlerini kapsar. Planlama evresi işletme stratejisini gerçekleştirmeye yönelik eylem programının hazırlanmasını ifade etmektedir. Burada gerçekleştirilen planlar işletme birimlerinin kurumsal performans hedeflerine ulaşmada nasıl katkı sağlayacağını yol haritalarıdır. İzleme ve analiz performans sonuçlarının daha önce belirlenen ölçütler aracılığıyla izlenmesi ve bu sonuçların planlanan düzeyler ile mukayese edilerek aradaki farkların ve bu farkların nelerden kaynaklandığının tespit edilmesi sürecidir. Düzeltme ise izleme ve analizde tespit edilen performans sorunlarının giderilmesi için gerekli önlemlerin zamanlı bir biçimde alınmasını ifade etmektedir.



Şekil 3. Performans Yönetimi Çerçevesi

Kaynak: Ariyachandra ve Frolick, 2008:114.

Armstrong (2000:21) performans yönetimi sisteminin işletmeye örgüt ve bireysel işgören düzeyinde katkıları olduğunu ifade eder. Örgüt düzeyindeki katkılar; misyonun, değerlerin, stratejilerin ve amaçların tanımlanması; rollerin, standartların, yetkinlik gereksinimlerinin ve performans ölçütlerinin tanımlanması; örgütsel, takım ve bireysel performansın izlenmesi; bireysel ve takım performansının geliştirilerek kendini yöneten öğrenmenin desteklenmesi olarak sıralanır. Bireysel katkılar ise; amaçlara ilişkin anlayış ve uzlaş; rollere, standartlara, yetkinlik gereksinimlerine ve performans ölçümlerine ilişkin anlayış ve uzlaş; bireyin kendi performansını izleyebilmesi olarak sıralanır.

3. Performans Ölçümü ve Ölçütleri

Neely vd. (2005:1228) Lord Kelvin (1824-1907) tarafından ifade edilmiş çok güzel bir sözü aktarır: “Bahsettiğiniz şeyi ölçebildiğinizde ve sayısal olarak ifade edebildiğinizde hakkında bir şeyler bilebilirsiniz... [aksi halde] bilginiz kısır ve tatmin etmeyici bir

türdür; bilginin başlangıcı olabilir ancak düşünsel düzeyde henüz bilim aşamasına ilerlememiştir.” Bu yaklaşım performans olgusu ile ilgili olarak da geçerlidir. Performans ancak ölçülmesi durumunda yararlı, karar sürecinde önemli bir role sahip bilgi olmaktadır.

Örgütü belirli amaçları gerçekleştirmek için gönüllü olarak bir araya gelmiş kaynaklardan oluşan bir yapı olarak ele aldığımızda, örgütün faaliyetlerinin de bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik faaliyetler olması kaçınılmazdır. Ancak faaliyetlerin sonuçları yakından takip edilmesi gereken bir unsurdur. Faaliyetler ile elde edilecek sonuçlar işletmenin başarısını, amaçlarına ulaşma derecesi veya performansını ifade eder. Örgütler performanslarını ölçerek amaçlarına ulaşma derecesi hakkında bilgi sahibi olarak etkili stratejik ve taktik kararlar vererek amaçlara ulaşma derecesini ve yönetsel etkinliği optimum düzeye taşıyabilir.

Performans ölçümü hakkında çok bahsedilen ancak nadiren tanımlanan bir kavramdır (Neely vd., 1995:80). Performans yönetimi literatüründe, genel olarak birbirinden ayrı kavramlar olduğu açıkça ifade edilmesine karşın, bu kaynakların çoğu performans yönetimi ve performans ölçümü kavramları arasındaki ayrımı net bir biçimde belirtmemektedir. Bu durum ise bazı kavramsal kargaşalara yol açmaktadır. Performans yönetimi, performans ölçümünden daha geniş, performans ölçümü ve değerlemesini de kapsayan bir kavramdır. Performans ölçümü ise performansın belirli ölçütler doğrultusunda ölçülmesidir (Ateş, 2007:4). En yalın biçimde; performans ölçümü bir eylemin verimlilik ve etkinliğinin nicelleştirilmesi olarak ele alınabilirken, performans ölçütleri ise bir eylemin verimlilik ve etkinliğinin nicelleştirilmesinde kullanılan ölçüt olarak tanımlanabilir. Performans ölçümü sistemi ise eylemlerin verimlilik ve etkinliğini nicelleştirmek için kullanılan ölçüt kümesi olarak tanımlanmaktadır (Neely vd., 1995:80-81).

Performans ölçümü ve daha kapsamlı bir kavram olan performans yönetimi, yönetimin kontrol işlevinin en önemli faaliyetidir (Coşkun, 2006:1). Kontrol işlevi örgütün amaçlarına ulaşp ulaşmadığını veya ne derecede ulaştığını belirleme ve gerekli olan düzenlemeleri sağlayarak faaliyetlerin bu amaçlara yönelik olmasını sağlamayı içerir. Neely vd. (2002:xiii) performans ölçümünü bu kapsamda geçmiş eylemlerin verimliliğinin ve etkinliğinin nicelleştirilmesi olarak tanımlar. Ayrıca bu literatürde

performans ölçümü kavramına ilişkin olarak en sık başvuru alan tanımdır. Moullin (2002:188) ise performans ölçümünü örgütün ne derece iyi yönetildiği, müşteri ve diğer paydaşlar için değer sunumlarında başarısının değerlendirilmesi biçiminde tanımlar. Moullin'in tanımı performans kavramını genel anlamda değil örgüt performansı anlamında ele almaktadır, dolayısıyla sunduğu tanım özellikle örgüt performansının değerlendirilmesi bağlamında önemli olmaktadır.

Moullin ve Neely tarafından sunulan tanımlarda göz önünde bulundurulması gereken temel farklılık eylem sonuçlarının nicelleştirilmesi ve değerlendirilmesi biçimindeki ifadedir. Nicelleştirme bir olgunun belirli ölçütler doğrultusunda, mukayeseye imkân verebilecek bir biçimde sayısal olarak ifade edilmesi üzerine odaklanırken değerlendirme ölçümden öte yorumlama ve analiz gibi süreçleri de ima etmektedir¹. Haliyle performans ölçümüne ilişkin tanımlamalar ve yaklaşımlar performansın nicelleştirilmesi ile sınırlandırılarak bu nicel veri üzerinde ek işlemler yapılarak farklı boyutlarda performans bilgisi üretilmesinin performans değerlemesi olarak ele alınması daha uygun olacaktır.

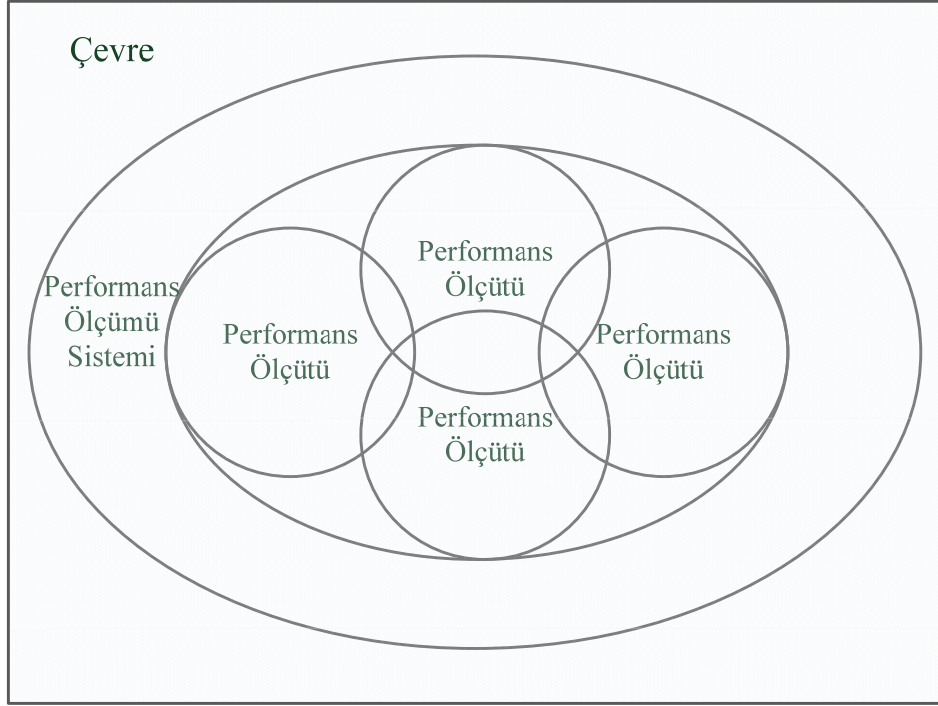
Parker'a (2000:63) göre her örgütün performans ölçümü için kendine has nedenleri olmasına karşın genel olarak örgütler aşağıdaki nedenlerden ötürü performans ölçümleri gerçekleştirir:

- Başarıyı tanımlamak
- Müşteri beklentilerini karşılayıp karşılamadıklarını belirlemek
- İş süreçlerine ilişkin bilgi ve anlayışlarını geliştirmek ve teyit etmek
- Sorunların, darboğazların, israf ve benzeri olumsuzlukların nereden ve neden kaynaklandığının bulunarak iyileştirme yapılması gereken alanları belirlemek
- Kararların gerçek veri ve bilgilere dayandırıldığından emin olarak karar verme sürecini duygusal ve sezgisel bir süreçten ziyade bilimsel bir süreç haline getirmek
- İyileştirme plan ve girişimlerinin başarılı olup olmadığını belirlemek

Burada verilen ve örgütlerin kendi özel durumları ortaya çıkan farklı amaçlar doğrultusunda performans ölçümü yapılmasında kullanılan ölçütlerden oluşan bütüne

¹ Bu konudaki tartışma için bakınız: Bocci, 2004; Moullin, 2005a; 2005b; 2007; Neely; 2005; ve Pratt, 2005

performans ölçüm sistemi adı verilmektedir. Şekil 4 bir performans ölçümü sisteminin öğelerini ifade etmektedir.



Şekil 4. Performans Ölçümü Sistemi

Kaynak: Neely vd. 2005:1229.

Şekil 4'te yer alan unsurlar Neely'nin performans ölçümü tanımı doğrultusunda tanımlanabilir. Burada performans ölçütü; bir eylemin verimlilik veya etkinliğini nicelleştirmek için kullanılan bir ölçüt, performans ölçümü sistemi ise bir eylemin verimlilik ve etkinliğini nicelleştirmek için kullanılan ölçütler kümesidir (Neely vd. 2005:1229).

Örgütsel bağlamda eylemlerin verimlilik ve etkinliği, eylemlerin örgütün paydaş beklentilerini karşılamada (değer yaratmada) verimlilik ve etkinliğini ifade edecektir. Bu durumda bir örgüte ilişkin performans ölçüm sisteminin işletme faaliyetlerinin tümünü kapsayacak düzeyde düşünülmesi ve oluşturulması gerekmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde örgütlerin performansını ölçmeye yönelik çok çeşitli ölçütler

bulunması kaçınılmaz olmaktadır. Bu ölçütleri, temel işletme fonksiyonları doğrultusunda sınıflandırmak mümkündür. Böylece örgütlerin finansal performansı, iş süreçleri ile ilgili süreç performansı, pazarlama faaliyetleri ile ilgili pazar performansı, stratejik performansı gibi farklı performans ölçüt sınıfları oluşturulabilir.

Armstrong (2000:55) performans ölçütlerini finansal, çıktı, etki, tepki ve süre ölçütleri olarak sınıflandırmaktadır. Finansal ölçütler gelir, hissedar değeri, katma değer, getiri oranları ve maliyetler gibi finansal verilerdir. Çıktı ölçütleri üretim miktarı, sürece tabi tutulan miktar, randıman, yeni müşteri sayısı gibi performans gerçekleştiren özne tarafından “üretilen” çıktı miktarını ifade eder. Etki ölçütleri belirli standartlara (kalite, hizmet tatmin düzeyi vb.) ulaşımı, davranış değişikliklerini, belirli iş veya projelerin tamamlanması ve yenilik gibi başarıları ifade eder. Tepki ölçütleri özneye ilişkin başkalarının (müşteriler, meslektaşlar vb.) değerlendirmelerini ifade etmektedir. Süre ölçütleri ise tepki ve başarı için geçen sürenin planlanan süreler ile mukayesesi, sipariş teslim süresi, pazara sunum süresi gibi süre ile ifade edilebilecek performans ölçütlerini ifade etmektedir.

Neely vd. (2005) ise performans ölçütlerini kalite, zaman, esneklik ve maliyet başlıkları altında sınıflandırmaktadır. Walsh (2003) işletme performansına ilişkin ölçüt olarak finansal ölçütlerle sınırlı kalırken Bragg (2007) işletme performansına ilişkin finansal ve pazar ölçütlerinin yanı sıra üretim, mühendislik, lojistik, satış ve pazarlama fonksiyonel bölümlerine yönelik sayısız performans ölçütü sunmaktadır. Buradan da anlaşılabileceği üzere performans farklı boyutlarda ele almak ve bu boyutlara ilişkin farklı ölçütler geliştirmek mümkündür. Ancak en basit biçimiyle performans olgusu ve uzantısı olan performans ölçütleri ekonomik/finansal, süreç, pazar ve stratejik yönetim performansı olarak sınıflandırılabilir.

3.1. Finansal Performans Ölçütleri

İşletmelerde performansın finansal veriler ve yöntemlerle ölçümü oldukça eskidir. Çift taraflı kayıt sisteminin özünde gelir ve gider olgularının herhangi bir ticari işlem kaydında eşanlı olarak gösterilmesi yatmaktadır. Bu şekilde elde edilen bir gelir için katlanılan gider net bir biçimde ortaya konulabilmekte dolayısıyla faaliyetin

performansına ilişkin çok temel ve kaba da olsa birtakım bilgiler sırf bu kayıtlardan dahi görülebilmektedir.

İşletmeler hayatta kalabilmek için bünyelerinde bulundurdıkları kaynakların fiyatlarını karşılayacak düzeyde gelir elde etmek zorundadır. İşletmeler bünyelerinde bulundurdıkları çeşitli üretim faktörleri ile gerçekleştirdikleri üretim sonucunda pazara sundukları ürün ve hizmetler için bu faktörlere ödenen fiyatların üzerinde bir gelir sağlayarak kar elde etmek için çabalar. Bu karlılık durumunun uzun dönemde korunabilmesi ise işletmelerin sürdürülebilirliğini sağlamak için son derece önemlidir (Besler, 2009:11).

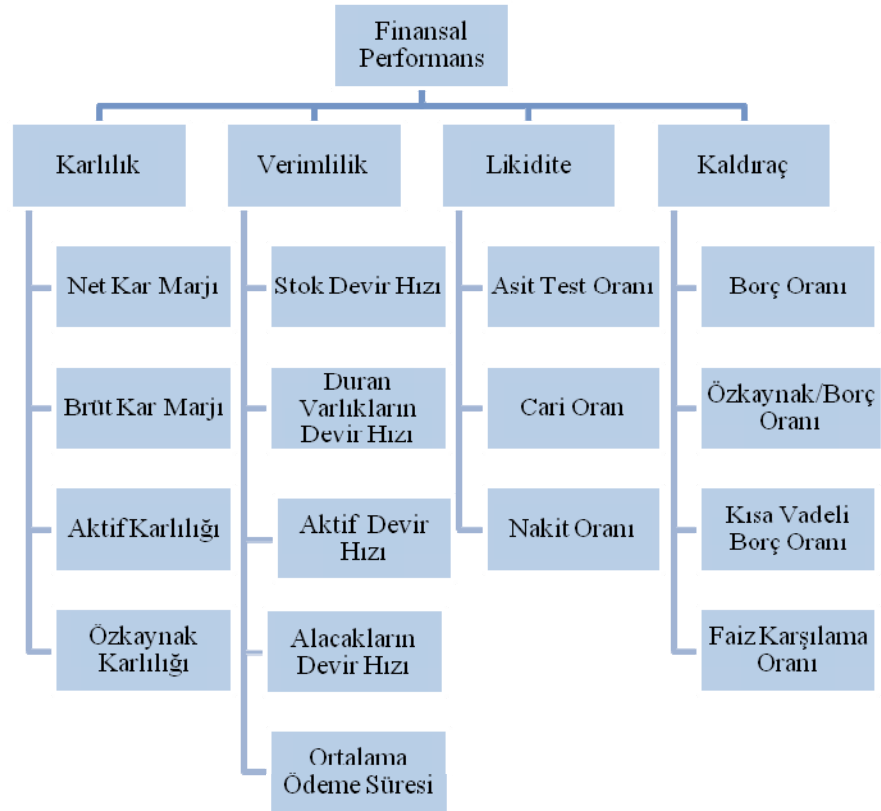
Uzun vadede en temel göstergesi sürdürülebilirlik olan işletme performansının, kısa vadede değerlendirilmesi için ise en yaygın biçimde kullanılan gösterge ve ölçütler işletmelerin mali yapıları ve durumları ile ilgili finansal göstergelerdir. Finansal performansa ilişkin tanım ve yaklaşımlar ile finansal performansa ilişkin farklı ölçütler bulunmaktadır. Herhangi bir işletmenin finansal performansına ilişkin değerlendirmeler için mali tablolar ve finansal raporlar temel başlangıç noktasını teşkil etmektedir. Başlıca mali tablolar bilanço, gelir tablosu ve nakit akış tablosudur (Knight ve Bertoneche, 2007:3). Finansal raporlar olan bu tablolarda yer alan veriler kendi başlarına birer performans ölçütü olabilecekleri gibi bu verilerden elde edilen bilgiler de performans ölçütleri olarak kullanılabilir.

3.1.1. Finansal tablo analizi ile performans ölçümü

Finansal performansı ölçmede en yaygın ve temel yaklaşım mali tablo analizidir. Bir işletmenin finansal performansı ile ilgilenen hissedarlar, borç verenler, satıcılar, müşteriler gibi gruplar işletme finansal tabloları üzerinde yer alan bilgileri işletme ile ilgili kararlarında kullanır (Coşkun, 2006:7). Doktorların hastaların sağlık durumlarını teşhis edebilmesine benzer bir biçimde mali tablolar üzerinde yapılan oran analizleri ile bir işletmenin sağlığının test edilmesi mümkündür. Oran analizinde işletmenin finansal istikrarını, yönetimin etkinliğini ve yatırım cazibesini ölçen oranlar kullanılır. Bu oranlar işletmenin mali istikrar, karlılık, işgücünün üretkenliği, iş geliştirme stratejisinin etkililiğini ve işletmeye yatırım yapmanın doğru bir karar olup olmadığı sorularına cevap arar (Fitzgerald, 2002:129).

Alexander (2007:15) finansal oranların özellikle şirket ve sektör hakkında derinlikli bilgi ile birleştğinde bir işletmenin performansı hakkında çok derin ve geniş bir bilgi ve anlayış sağlayabileceğini ifade etmektedir. Finansal oranlar işletme performansına yönelik ölçütler sunmanın yanı sıra; zaman içinde oluşan eğilimleri gözlemek ve işletme performansının rakipleri ile veya benchmarking amaçlı olarak başka işletmelerle kıyaslanmasına izin verir.

Mali tablo analizinde kullanılan oranlar karlılık oranları, faaliyet (verimlilik) oranları, sermaye yapısı (kaldıraç) oranları ve likidite oranları biçiminde sınıflandırılabilir (Knight ve Bertoneche, 2007:75). Bu oranlar çeşitli bilanço ve gelir tablosu kalemlerinin birbirleri ile oranlanması yoluyla hesaplanır. Finansal oranlar yüzde, katsayı veya kesir biçiminde ifade edilebilir (Mott, 2005:92). Şekil 5 finansal performans ölçütleri olarak kullanılan oranları göstermektedir.



Şekil 5. Finansal Oranlar

Karlılık işletme karar, politika, strateji ve faaliyetlerinin bir sonucudur. Karlılık oranları yönetimin işletme varlıklarını verimli ve akılcı kullanma düzeylerini de gösteren

ölçütlerdir (Helfert, 2001:112). Diğer bir ifadeyle karlılık oranları bir işletmenin katma değer yaratmadaki başarısını ifade eder (Temizel vd., 2009: 157). Karlılık oranları ile performans ölçümünde, karlılık satışlar ve kaynaklar bağlamında ele alınarak satışların ve yatırımların karlılık düzeyleri değerlendirilir (Riggs, 2007:85).

Faaliyet oranları olarak da adlandırılan verimlilik oranları bir işletmenin kaynak kullanımının etkililiğini gösterir. Bu oranlar işletme bilançosunda yer alan her bir varlık türünün gerçekleştirilen satışlarla ilişkisini göstererek varlıklara yapılan yatırım düzeyinin yeterliliği ve etkililiği hakkında bilgi verir (Brigham ve Houston, 2004:78)

Likidite oranları, işletmenin nakit ve cari varlıklarının kısa vadeli yükümlülüklerini karşılama gücünü gösteren oranlardır. Likidite işletmelerin kısa vadeli yükümlülüklerini karşılayacak nakit ve kolayca nakde çevrilebilir kaynaklara sahip olma derecesidir. Çok düşük olması ödeme zorluklarına işaret ederken çok yüksek olmaları nakit yönetiminin düzgün yapılmadığına işaret eder (Brigham ve Houston, 2004:77-78).

Finansal kaldıraç, bir işletmenin faaliyetlerini özkaynakları dışında kaynaklar ile finanse ederek, sadece özkaynaklar ile gerçekleştirebileceğinin ötesinde faaliyetlerde bulunup, daha fazla gelir elde etmesini ifade etmektedir. Kaldıraç oranları olarak adlandırılan finansal oranlar işletmenin mali yapısını açıklayan oranlardır (Brigham ve Houston, 2004:82). Şekil 5’de gösterilen bu finansal oranlar Ek 1’de yer alan tabloda daha detaylı biçimde açıklanmaktadır.

3.1.2. Ekonomik katma değer

Ekonomik katma değer (economic value added, EVA) 1982 yılında Stern Stewart Corporation tarafından geliştirilen ve genel örgüt performansının ölçümüne yönelik geliştirilmiş bir ölçüttür. EVA bir performans ölçütü olmanın yanı sıra daha kapsamlı bir performans ölçümü sisteminin de temelini oluşturmaktadır. Bu ölçütü geliştiren Stern Stewart’a göre EVA zamana yaygın olarak hissedar değeri yaratılmasına ilişkin en sağlam göstergedir (Johnson, 2007;8).

EVA’yı temel alan performans ölçümü sistemi “Değer Tabanlı Yönetim” olarak adlandırılan, işletme değeri yoluyla hissedarlara sağlanan getirinin optimize edilmesine odaklı bir stratejik yönetim yaklaşımıdır (Smith, 2005;278). Değer tabanlı yönetim ve

EVA da işletmenin muhasebe karlılığından ziyade ekonomik karlılığı esas alınmaktadır. EVA hesaplanmasında kullanılan ekonomik kar sermaye maliyeti de dikkate alındığı için muhasebe karlılığından daha iyi bir ölçüt oluşturmaktadır. EVA'nın hesaplanmasında kullanılan en temel yöntem vergi sonrası net kardan işletme sermayesinin fırsat maliyetinin çıkartılmasıdır (Lawson, vd. 2007;56).

Formül olarak ifade edilecek olursa (Smith, 2005:279):

$$EVA = \text{Muhasebe Karı} - \text{Sermaye Maliyeti}$$

veya (Stenzel ve Stenzel, 2003;252):

$$EVA = \text{Vergi sonrası net faaliyet karı} \\ - (\text{sermaye} \times \text{ağırlıklı ortalama sermaye maliyeti})$$

EVA karlılığı gelir-gider yaklaşımı çerçevesinde ele almayarak, işletmenin gelirinin kullandığı sermayenin fırsat maliyetinin üzerindeki kısmı üzerine odaklanır. Sermayenin fırsat maliyeti, söz konusu kaynakların alternatif kullanımı ile elde edilebilecek getiridir. Bir işletmenin gerçek anlamda karlılığı ise istihdam ettiği kaynaklar ile bu kaynakların farklı kullanım alternatiflerinin üzerinde getiri sağlayabilmesidir. Bu EVA yaklaşımındaki temel odağın işletme başarısının yaratılan katma değer, diğer bir ifadeyle işlemin sermaye maliyeti üzerinde getiri elde etmesi oluşunun temel mantığıdır.

EVA her ne kadar tekil bir ölçüt olsa da, bir işletmede yukarıdan aşağıya veya işletme geneline yayılarak; farklı iş birimlerinin, farklı faaliyetlerin veya projelerin karlılığını ölçmeye yönelik olarak ölçeklenilebilir. İşletmenin tümüne ilişkin bir EVA hesaplanabileceği gibi, işletme birimlerinin veya işletme faaliyetlerinin her biri için farklı EVA hesaplamaları söz konusu olabilir (Johnson, 2007:8).

Daha öncede ifade edildiği gibi EVA yaklaşımının temelinde hissedar değeri yaratmak, yani işletme sahiplerinin işletmedeki yatırımlarından getiri elde etmelerini sağlamak yatmaktadır. İşletmede sağlanan gelir artışlarının, bu artışlar için gerçekleştirilen yatırımların sermaye maliyeti doğrultusunda değerlendirilmesi işletmede yaşanan bu

gelir artışlarının hissedar değeri yaratma veya hissedar değerini azaltmadaki etkisinin anlaşılması için son derece önemlidir. EVA yaklaşımı bu kıyaslamayı temelinde barındırdığı için işletmenin finansal başarısını hissedar değeri odaklı olarak tasvir eder (Niven, 2006:3).

3.1.3. Finansal performans ölçümüne ilişkin eleştiriler

Ağırlıklı olarak finansal verilere dayalı, geleneksel performans ölçütlerine ilişkin eleştiriler Yeniurt (2003) tarafından belirtilmektedir;

- Stratejik kararlar için yetersizdir.
- Geleneksel ölçütler aşırı tarihi ve geriye dönüktür.
- Gelecekte beklenen performansı açıklamak için gerekli tahmin yeteneğine sahip değildir.
- Performansın temel nedenleri hakkında çok az bilgi verirler.
- Finansal olmayan ölçümler ile finansal ölçümler arasında ilişki kuramazlar.
- Fonksiyonel süreçler hakkında bilgi verir ve çapraz fonksiyonel süreçleri kapsamaz.
- Yaratılan değeri ölçmezler.
- Çok sayıda ölçüt vardır; daha az sayı ile daha fazla bilgi sunabilen, daha kapsamlı içeriğe sahip yeni ölçütlere gereksinim vardır.
- Geleneksel ölçütler toplanarak operasyonel düzeyden stratejik düzeye geçişe izin vermemektedir.

Bu eleştiriler Niven (2006:6-7) tarafından özetlenmektedir. Niven'e göre finansal veriler günümüzde işletmelerin karşı karşıya olduğu gerçeklik ile tutarlı değildir. Çağdaş işletmelerdeki değer yaratma süreçleri işletmenin maddi, duran varlıkları ile açıklanamaz. İşletmelerin yarattığı değerlerin özünde örgütte yer alan insanların geliştirdikleri fikirler, müşteri ve tedarikçiler ile ilişkiler, örgütsel öğrenmeyi yansıtan veritabanları ile örgütü kapsayan yenilik ve kalite kültürü vardır. Finansal verilere dayalı performans ölçümü hep bir önceki döneme ilişkin bilgi verecektir ve gelecekteki performansa ilişkin bilgi içermez. Finansal verilere dayalı performans ölçütleri yaygın olarak işletmenin farklı fonksiyonel birimleri tarafından hazırlandığı için işletmenin bir bütün olarak değil fonksiyonel birimler olarak algılanmasına neden olur. Finansal

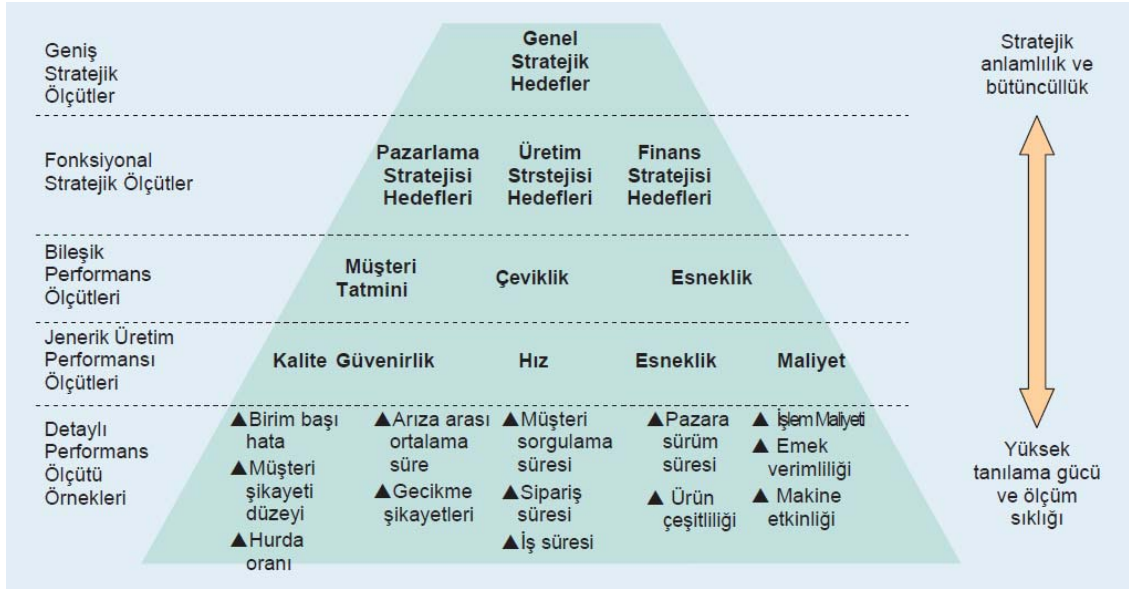
performans dönemsel nitelikte olduğu için buna dayalı performans ölçütleri uzun vadeli düşünmenin önünde engel teşkil eder. Son olarak finansal performans işletmenin her düzeyinde aynı önem ve anlama sahip değildir. Ancak işletmenin her düzeyinde çalışanlar karar vermede kullanabilecekleri performans verisine ihtiyaç duyar.

3.2. Üretim (Operasyon) Performansı

İşletmelerde, operasyon, olarak da adlandırılan üretim çeşitli girdilerin hizmet ve ürün çıktılarına dönüştürüldüğü süreçleri kapsamaktadır. Her işletme, üretim veya operasyon olarak adlandırılsın veya adlandırmassın üretim işlevine sahiptir. Operasyon kapsamında yer alan süreçler işletmeye girdi tedariki, girdilerin işlenmesi ve çıktı lojistiğidir. Bu süreçler işletmeye göre farklılık gösterecektir. Dolayısıyla operasyonun işletmenin yaptığı iş olarak tanımlanması da mümkündür (Brown, vd., 2001:5).

Bunun uzantısı olarak üretim yönetimi, veya operasyon yönetimi, girdileri çıktılarına çeviren süreçlerin tasarımı, yönlendirilmesi ve kontrolüne ilişkin sistematik faaliyetlerdir (Krajewski vd., 2010:4). Geleneksel olarak üretim yönetimi olarak adlandırılan bu süreç günümüzde yaygın bir biçimde operasyon yönetimi olarak da adlandırılmaktadır. Operasyon birçok işletme için çalışanların en çoğunun yer aldığı, işletme kaynak ve varlıklarının en büyük kısmının tahsis edildiği birimdir. Operasyon yönetimi faaliyetlerinin gerçekleştirilme şekli ve bu faaliyetlerde başarı işletme üzerinde çok büyük etkiye sahiptir. İşletmede değer yaratan temel süreç olarak operasyon yönetimi işletme karlılığı üzerinde çok önemli etkilere sahiptir (Slack vd., 2010:34-35).

Operasyon performansına ilişkin geleneksel ölçütler ekonomiklik, verimlilik ve etkinliktir (Brown, vd., 2001:309-311). Operasyon yönetimine ilişkin çağdaş ölçütler ise kalite, hız, güvenilirlik, esneklik ve maliyettir (Brown, vd., 2001:316). Bu ölçütler jenerik ölçütler olmakla beraber her türlü operasyon için genel anlamda geçerlidir. Burada bahsi geçen beş ölçüt farklı paydaşların işletme ve operasyonlarından beklentileri doğrultusunda sınıflandırılmıştır. Bu performans ölçütleri farklı operasyon bağlamlarında farklı anlamlar taşıyabilecektir (Slack ve Lewis, 2008:37). Operasyon performansının farklı stratejik düzeylerde gösterimi Şekil 6'da görülmektedir.



Şekil 6. Operasyon Performansı

Kaynak: Slack vd, 2006:420.

Geleneksel performans ölçütleri olan ekonomiklik, verimlilik ve etkinlik tüm sistemler için geçerli olan genel performans ölçütleridir. Ekonomiklik, ürün veya hizmet üretimi için kullanılan kaynak düzeyini ifade eder. Herhangi bir kaynağın daha uygun fiyata tedarik edilmesi ekonomi temelli performansın iyileşmesini sağlar. Verimlilik operasyonun girdileri çıktılarına çevirmedeki başarısını gösteren bir değişkendir. Verimlilik basitçe girdi bölü çıktı olarak tanımlanır. Herhangi bir süreçte girdi sabit iken çıktının artması, veya çıktı sabitken girdinin azalması verimlilik düzeyini arttıracaktır. Verimlilik hesaplamasında farklı girdi ve çıktı tanımları kullanılabilir. Etkinlik ürün ve hizmetlerin üretimindeki verimlilikten ziyade örgütsel amaçlar için doğru ürün veya hizmetlerin üretilip üretilmediği ile ilgilidir. Operasyonlar amaçları gerçekleştirdiği düzeyde etkindir. Tipik etkinlik ölçütleri; pazar payı, karlılık, rakipler karşısında büyüme oranı, ar-ge giderleri, genel yönetim giderleri, sermaye maliyeti, ürün özellikleri, ürün kalitesi ve marka imajıdır (Brown vd. 2001:309-311).

3.2.1. Kalite

Kalite, işlerin düzgün yapılması yoluyla hatasız ve amaçlandığı işlevlere uygun mal ve hizmetler üretilmesini ifade etmektedir (Slack vd, 2006:41). Kalite müşteri beklentilerinin istikrarlı bir biçimde karşılanmasıdır. Kalite hem operasyonlar açısından oldukça önemli olarak algılanan bir amaç hem de müşteriler açısından nispeten kolayca değerlendirilebilen bir özellik olduğu için müşteri tatmininde özellikle önemli bir etkidir (Slack vd, 2010:40). Kaliteye ilişkin pek çok tanım spesifikasyonlara uygunluk etrafında yer alır. Ancak spesifikasyonlara uygunluk çok boyutlu bir kavram olduğu için kalitenin tanımlanmasında birden çok boyut dahil edilmelidir. Kalitenin tanımlanmasında kullanılabilecek boyutlar ürünler için; özellikler, performans, sağlamlık, estetik gibi faktörler olabilecek iken hizmetler için; saygınlık, yardımseverlik, dikkatlilik ve iletişim gibi faktörler olabilir (Slack ve Lewis, 2008:37-38). Kalite farklı operasyon türünde farklı anlamlar ifade edecektir. Bir imalat işletmesinde kalite parçaların spesifikasyonlara uygunluğu, montajın spesifikasyonlara uygunluğu, ürünün güvenilirliği veya estetik açıdan kusursuzluğu anlamına gelebilecek iken bir hastane işletmesinde hastaların en uygun tedaviyi alması, tedavinin doğru bir biçimde uygulanması, hastaya danışılması ve bilgilendirilmesi, çalışanların saygınlığı ve yardımcılığı olabilecektir (Slack vd., 2010:41).

Kalite sadece müşteri tatmini sağlamakla kalmaz operasyonlarda da birtakım kolaylıklar sağlar. Kalitenin operasyonlarda sağladığı kolaylıklardan biri israfı ve düzeltici eylemleri azaltarak maliyetleri azaltmasıdır. Kalite ayrıca güvenilirliği de artırır (Slack vd., 2010:40).

3.2.2. Hız

Operasyon yönetimi bağlamında hız, müşterilerin ürün veya hizmeti talep etmeleri ile sunumun gerçekleşmesi arasında geçen süreyi ifade etmektedir (Slack vd, 2010:41). Diğer bir ifade biçimiyle hız, bir operasyon sürecinin başlaması ile bitmesi arasında geçen süredir (Slack ve Lewis, 2008:38). Bir imalat operasyonunda hız, siparişin verilmesi ile ürünün teslimi arasındaki süreyi, üretim sürecinde herhangi bir prosesle bekleme süresi ve proses süresini ifade edebilecekken bir hastane işletmesinde hastaneye başvuru ile tedaviye başlama arasında geçen süreyi ifade edebilir. Hız

operasyon açısından stokları azaltarak maliyetleri ve riskleri azaltır (Slack vd, 2010:42-43).

3.2.3. Güvenilirlik

Güvenilirlik operasyonun müşterilerin ürün veya hizmeti ihtiyaç duydukları zamanda, en azından söz verildiği zamanda edinmelerini sağlayacak şekilde yürütülmesini ifade eder (Slack vd., 2010:44). Güvenilirlik sunum performansının diğer yarısını oluşturur. Sunum performansının diğer yarısı ise hızdır. Bu iki performans boyutu bir şekilde birbirlerine bağlıdır. Örneğin; uzun teslim süreleri verilerek güvenilirliğin yüksek olması sağlanabilir, ancak bu müşterinin hız beklentisini veya tercihinin ihlal edebilir ve müşterinin işletmeyi tercih etmemesine neden olabilir (Slack ve Lewis, 2008:39). Güvenilirlik imalat operasyonu açısından ürünün zamanında teslimi anlamına gelirken hizmet işletmesi için randevu zamanlarına riayet edilmesi, randevu iptallerinin minimum düzeyde olması anlamına gelebilir. Güvenilirlik operasyonlarda gerekli girdilerin gerektiği anda gerektiği yerde olmasını güvence altına alarak zaman tasarrufuna imkan verebilir. Zamanın verimsiz kullanımını, son anda işlerin yetiştirilmesi için fazladan maliyetlere girilmesini engelleyerek para tasarrufu sağlayabilir. Güvenilirlik üretim sisteminde aksaklıkları en aza indirerek istikrarı arttırabilir (Slack vd., 2010:45).

3.2.4. Esneklik

Esneklik operasyonun farklı durumlara uyum sağlayabilmesini ifade eder. Esnek bir operasyon geniş bir yetenek yelpazesi anlamına gelir. Burada söz konusu olan esneklik bir operasyon sisteminin üretebildiği ürün ve hizmet çeşitliliği veya üretim miktarı olabilir. Esneklik ayrıca bu farklı durumlar arasında geçişin hızlı ve maliyetsiz bir biçimde gerçekleşmesi de olabilir. Esneklik ürün veya hizmet, karma, hacim teslimat esnekliği şeklinde olabilir. Ürün veya hizmet esnekliği yeni ürün veya hizmet sunumu gerçekleştirebilme veya mevcut ürün veya hizmetleri uyarlayabilmeyi ifade eder. Karma esnekliği operasyon tarafından üretilen ürün veya hizmet çeşitlerinin belirli bir süre içerisinde değiştirilebilmesini ifade eder. Hacim esnekliği operasyonun ürettiği ürün veya hizmet hacminde değişiklik yapılabilmesi, teslimat esnekliği ise planlanan veya

taahhüt edilen teslimat tarihinde değişiklik yapılabilmesini ifade eder (Slack ve Lewis, 2008:40).

Operasyonların esneklik seviyelerinin yüksek olması kitle özelleştirmeye imkan vererek işletmenin rekabetçi konumuna yüksek düzeyde katkı sağlayabilir. Ayrıca esneklik operasyonların tepki hızını arttırarak operasyonun hız performansına katkı sağlar. Esneklik sistemde zaman tasarrufu sağlayarak güvenilirliğe de katkı sağlar. Üretim operasyonu açısından esneklik yeni veya farklı ürün modellerinin sunulabilmesi, üretilen miktarların uyarlanabilmesi, gereken durumlarda teslim sürelerinin değiştirilebilmesi anlamına gelir. Hizmet operasyonlarında ise esneklik yeni ve farklı hizmetlerin eşanlı olarak sunulabilmesi, hizmet çeşitliliği ve hizmet sunumunun farklı zamanlarda gerçekleştirilebilmesi anlamına gelir (Slack vd., 2010: 46-49).

3.2.5. Maliyet

Maliyet operasyon sisteminin işleri ucuz bir biçimde yapabilmesi, ürün ve hizmetleri pazar koşullarına uygun ve işletme için getiri sağlayacak biçimde üretebilmesini ifade etmektedir (Slack vd, 2006:40). Fiyat üzerinden rekabet eden, maliyet liderliği stratejisi takip eden işletmeler için maliyet en önemli performans boyutudur. Maliyet liderliği harici stratejiler takip eden, rekabet unsuru olarak fiyatı kullanmayan işletmeleri için de maliyet önemlidir. Maliyet kavramı burada geniş bir anlamda kullanılmakta, operasyona ürün veya hizmet üretmesi için sağlanan finansal girdilerin tümünü ifade etmektedir. Finansal girdiler; faaliyet giderleri, sermaye giderleri ve çalışma sermayesi olarak üç başlıkta ele alınabilir. Faaliyet giderleri ürün ve hizmet üretiminin sürdürülmesi için gerekli olan giderleri ifade eder. Emek, materyal girdisi, kira, enerji giderleri gibi masraflar bu sınıfta yer alır. Sermaye giderleri üretim için gerekli olan “tesislerin” edinilmesi için katlanılan giderlerdir. Tesis arazisi, bina, makine ve araçlar için yapılan harcamaları kapsar. Çalışma sermayesi ise üretim için katlanması gereken giderlerin satış gelirleri ile ofset edilmesi arasında geçen sürede işletmenin karşılaması gereken yükümlülükleri karşılayacak finansal kaynaklardır (Slack ve Lewis, 2008:40-42).

Operasyonlarda maliyet performansını ifade etmek üzere kullanılan temel kavram verimliliklerdir. Verimlilik elde edilen çıktının gerekli girdi ile bölünmesi ile ifade edilir. Elde edilen çıktının belirli bir üretim faktörü ile bölünmesi sonucunda faktör verimliliği

elde edilir. Herhangi bir operasyonda verimliliğin artırılması çıktı seviyesini sabit tutarken girdi maliyetlerini düşürmektir. Verimliliğin artırılmasında diğer bir yöntem ise aynı girdi miktarı ile daha fazla çıktı elde etmektir. Bu sistemde var olan israfların tespit edilip ortadan kaldırılması yoluyla gerçekleştirilebilir (Slack vd, 2010: 48-51).

Tablo 2, operasyon performansının boyutlarını ve bu boyutlar için önerilen tipik performans ölçütlerini göstermektedir. Burada üretim ve hizmet işletmeleri arasında bir ayırım yapılmaksızın genel performans ölçütleri yer almaktadır. İşletme ve operasyonlarının özellikleri doğrultusunda her boyut için, operasyon ve değer yaratma süreçlerini daha iyi yansıtan ölçütler farklılaşacaktır.

Tablo 2. Operasyon Performansı Ölçütleri

Performans Boyutu	Performans Ölçütü
Kalite	Birim başı üretim hatası Müşteri şikayetleri düzeyi Hurda oranı Arıza arası ortalama süre Müşteri tatmin puanı
Hız	Müşteri sorgu süresi Sipariş süresi Teslimat sıklığı Teorik iş süresi ile gerçekleşen iş süresi arasında fark Çevrim süresi
Güvenilirlik	Geç teslim edilen sipariş yüzdesi Ortalama sipariş gecikmesi Stoktan satış yüzdesi Söz verilen teslimat zamanında ortalama sapma Programa uyum
Esneklik	Yeni ürün/hizmet geliştirme süresi Ürün/hizmet çeşitliliği Makine dönüşüm süresi Ortalama yığın büyüklüğü Aktivite düzeyinin artırılması için gerekli süre Ortalama / maksimum kapasite
Maliyet	Minimum / ortalama teslimat süresi Bütçeden sapma Kaynak kullanımı İşgücü üretkenliği Verimlilik Saatlik ortalama operasyon maliyeti

Kaynak: Slack vd. 2006:421.

3.3. Pazarlama Tabanlı Performans

Pazarlama performansının ölçülmesi, operasyon performansının ölçümüne nazaran daha zordur. Operasyon performansı kontrolü nispeten mümkün bir üretim süreci bağlamında gerçekleşirken pazarlama performansı işletmenin kontrolü dışında pek çok dinamiğin yer aldığı bir bağlamda gerçekleşmektedir. Yine üretim performansını süreç ile eşzamanlı olarak ölçmek mümkün iken pazarlama performansının ölçümü süreçle eş zamanlı değil, pek çok durumda sürece göre epey gecikmelidir (Clark, 2007:37).

Pazarlama performansının ölçümünden önce kavram olarak “pazarlama” ile neyin kastedildiğinin ortaya konulması gerekmektedir. Pazarlamadan söz edildiğinde işletmenin tümünü kapsayan, işletmenin bir fonksiyonel birimini ilgilendiren veya pazarlama bütçesi ile sınırlandırılmış faaliyetler kastediliyor olabilir. Bunlardan ilki pazarlamaya ilişkin bütünsel bir bakış sunar. Pazarlama sadece pazarlamacıların değil işletmenin tümünün müşterilerin tercihi olmayı güvence altına alarak hissedar değeri yaratmak için yaptığı bir şeydir. İşletmenin tümünü kapsayan bir pazarlama anlayışı bir tercih değil zorunluluktur. Farkında olsalar da olmasalar da işletmelerin tümü bu faaliyeti yerine getirir. Farkında olan işletmeler bunu bilinçli bir müşteri odaklılık felsefesi olarak vurgular. Fonksiyonel pazarlama profesyonel pazarlamacıların yaptığı işler olmakla beraber işletmeden işletmeye değişir. Bu yaklaşım pazarlamayı işletmenin bir birimine hapseder. Pazarlama bölümleri ve bu bölümlere yüklenen işlevler ise işletmeden işletmeye farklılık gösterebileceği gibi bazı işletmelerde böyle bir bölüm bulunmamaktadır. Pazarlama, bütçe çerçevesinde değerlendirildiğinde ise satış ve reklam faaliyetlerinden başka bir şeyi içermez. Pazarlamaya ilişkin en önemli kavramsallaştırma birincisidir. Pek az işletmenin ayrı bir pazarlama bölümü veya pazarlama bütçesi olabilir ancak işletmelerin hepsinin memnun etmek zorunda oldukları müşterileri vardır. Dolayısıyla pazarlamayı işletmeye doğru nakit akışı yaratan ve bu akıştan olabildiğince fazla payı işletme içinde bırakan faaliyetler olarak düşünmek gerekir (Ambler, 2008:138-140).

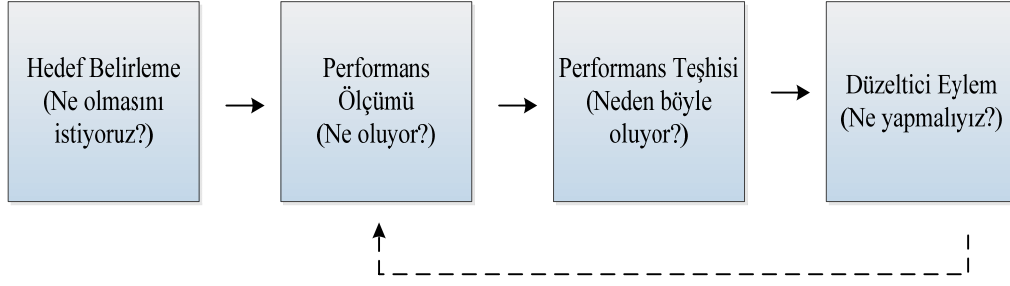
Bu şekilde ele alındığında pazarlamaya yönelik iki önemli tanım karşımıza çıkmaktadır (Clark, 2007:37-38):

- Pazarlama, müşterilere değer yaratmaya, bu değere ilişkin iletişimde bulunmaya, bu değeri sunmaya ve müşterilerle ilişkileri örgüt ve paydaşlarına fayda sağlayacak bir şekilde yönetmeye yönelik bir örgütsel fonksiyon ve süreçler kümesidir.
- Pazarlama müşteri gereksinimlerini karlı bir biçimde belirlemek, önceden görmek ve tatmin etmekten sorumlu yönetim sürecidir.

Kotler ve Keller pazarlama performansının ölçümünü pazarlama kontrolü olarak adlandırdıkları ve yıllık plan kontrolü, karlılık kontrolü, etkinlik kontrolü ve stratejik kontrol kavramlarından oluşan bir çerçevede ele alır (Kotler ve Keller, 2012:640-647). Pazarlama kontrolü, işletmelerin pazarlama faaliyetlerinin verimliliğini değerlendirdiği ve bu doğrultuda pazarlama programlarında gerekli ayarlama ve düzeltmeleri yaptığı süreçtir.

Pazarlama kontrolü dört bileşenli bir süreçtir. Bu bileşenlerden ilki yıllık plan kontrolüdür. Burada pazarlama faaliyetlerinin planlanan sonuçlara ulaşp ulaşmadığı değerlendirilir. İkinci kontrol bileşeni karlılık kontrolüdür. Karlılık kontrolü işletmenin pazarlama faaliyetlerinde kar veya zararla karşılaştığı noktaları tespit etmek amacıyla yapılır. Etkinlik kontrolü üçüncü bileşendir. Etkinlik kontrolü pazarlama harcamalarının verimliliğini değerlendirmek ve etkisini arttırmak için yapılır. Stratejik kontrol işletmenin piyasa, ürün ve dağıtım kanalı bazında önündeki fırsatları değerlendirmedeki başarısını değerlendirir.

Yıllık plan kontrolü dört aşamalı bir süreç aracılığıyla uygulanır. Bu süreç Şekil 7’de gösterilmektedir. Pazarlama kontrolündeki ilk aşama hedef belirlemedir. Bu süreçte yönetim planlama dönemini kapsayan hedefler belirlenir. Daha sonra işletmenin piyasadaki performansını izler. Performans hedefleri ile işletme performansı arasında sapmalar olması durumunda bu sapmaların nedenleri tespit edilir. Son aşamada ise hedefler ile gerçekleşen performans arasındaki sapmaları gidermek için gerekli önlemler belirlenerek uygulamaya konulur (Kotler ve Keller, 2012:641-2).



Şekil 7. Kontrol Süreci

Kaynak: Kotler ve Keller, 2012:642.

Karlılık kontrolü işletmenin belirgin pazarlama birimlerinden elde ettiği kar üzerine odaklanır. Bu belirgin bir müşterinin, ürün hattının, dağıtım kanalının vb. karlılığı olabilir. Odağı oluşturan pazarlama birimi şirketin kar ve maliyet merkezlerinin organizasyonu gibi içsel faktörler ile belirlenebileceği gibi işletme dışı faktörler doğrultusunda da belirlenebilir. Analizin odağı ne olursa olsun temel amacı işletmenin farklı faaliyet alanlarında elde ettiği kar veya zararı ortaya koymaktır. Farklı pazarlama birimlerine yönelik karlılık analizi birimler arası karlılık farklılıklarının belirlenmesine imkân sunar. Bu bilgi ise stratejik planlama ve kontrol için son derece önemlidir (Lancaster ve Massingham, 2011:444).

Pazarlama etkinliğinin kontrolü pazarlama faaliyetlerinin girdileri ile bu faaliyetlerden elde edilen çıktıları veya sonuçları değerlendirir. Drucker'ın etkinliği işleri doğru yapmak olarak tanımladığı hatırlanacak olursa pazarlamada etkinlik kontrolünün pazarlama faaliyetlerinin doğru bir biçimde yürütülmesini sağlamaya yönelik kontrol ve ölçütler içereceği anlaşılır. Pazarlama etkinliğinin kontrolü satış personelinin, reklamların, satış promosyonlarının ve dağıtımın etkinliği üzerinde durmaktadır (Kotler vd 2009:801).

Stratejik kontrol, işletmelerin pazarlama denetimi araçlarını kullanarak pazara yönelik stratejilerini gözden geçirmesidir. Pazarlama denetimi işletmenin pazarlama çevresi, amaçları, stratejileri ve faaliyetlerini sorunları tespit etmek ve performansı iyileştirmek amacıyla kapsamlı, sistemli, bağımsız ve dönemsel bir biçimde gözden geçirmesidir. Pazarlama denetimi işletmenin tüm pazarlama faaliyetlerini kapsar. Bu denetim

işletmenin makro ve mikro pazarlama çevrelerini, pazarlama hedeflerini, stratejilerini, pazarlama sistemlerini gözden geçirerek gerekli olan düzeltmeleri belirleyerek bunları kısa ve uzun vadeli eylem planlarına dönüştürür. Yöneticilerin kendi işlevlerini denetledikleri özdenetimler objektif ve bağımsız olamayacağı için bu denetimler bağımsız iç denetçiler tarafından veya dış denetçiler tarafından gerçekleştirilir. Pazarlama denetimlerinin sadece sorunlarla karşılaşılınca değil düzenli aralıklarla gerçekleştirilmesi daha faydalı olacaktır (Kotler ve Keller, 2012:643).

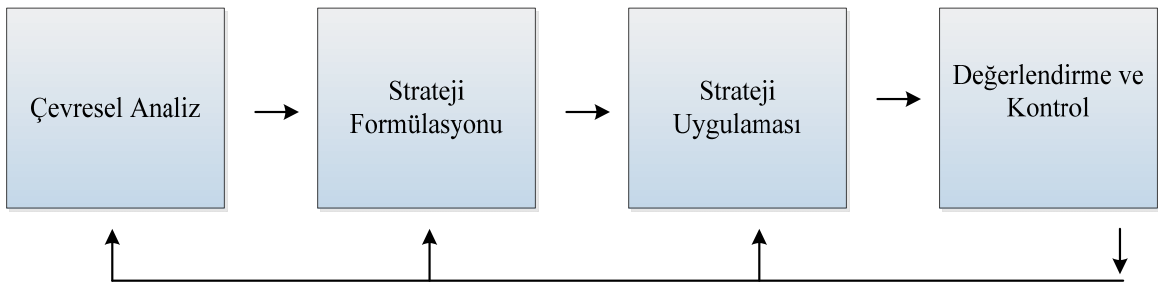
Pazarlama performansı işletmenin kaynakları ve yetenekleri, konumsal avantajları, piyasadaki performansı ve finansal sonuçları ile ilgili dinamik ve çok yönlü bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Pazarlama performansı işletmenin kaynaklarını elde ediş ve kullanımının, yetenek geliştirme ve kullanımının, rakiplerle mukayeseli olarak ürün ve hizmet sunumunun, müşteri ve rakiplerin işletmenin bu sunumlarına verdiği tepkilerin ve pazarlama faaliyetlerinin maliyet ve fayda açısından incelenmesini içermektedir (Coşkun, 2006:24). Pazarlama performansının ölçülmesinde pek çok ölçüt kullanılmaktadır. Farris vd. (2010) pazarlama ölçütlerine ilişkin yaptıkları kapsamlı çalışmada bu ölçütleri; pazar payı, karlılık ve marjlar, ürün ve portföy, müşteri karlılığı, satış gücü ve kanalları, fiyatlandırma, tutundurma, reklam ve medya ölçütleri olarak sınıflandırmıştır. Jeffery (2010) ise daha az sayıda ölçütü incelediği çalışmasında 15 temel pazarlama performansı ölçütü sunmuştur. Başlıca pazarlama performans ölçütleri Ek 2’de gösterilmektedir.

3.4. Stratejik Kontrol

Stratejik yönetim süreci en basit biçimiyle Şekil 8’de gösterilmektedir. Stratejik yönetim süreci işletmenin içinde yer aldığı; doğal, sosyal, endüstri çevreleri ve kendi iç çevresini incelediği ve geleceği üzerinde etkin olmasını beklediği stratejik faktörleri tayin ettiği çevresel analiz ile başlar. Bu stratejik faktörlerin etkili bir biçimde yönetilmesi için uzun dönemli planların hazırlandığı ikinci aşama ise strateji oluşturma aşamasıdır. Daha sonra işletme oluşturduğu bu stratejileri programlar, bütçeler ve yordamlar yoluyla hayata geçirir, geliştirdiği stratejiyi uygular. Stratejik yönetim sürecinin son aşaması ise, stratejinin uygulanmasıyla elde edilen sonuçların değerlendirildiği, ulaşılan performansın istenilen performansla kıyaslanarak sapmaların belirlendiği değerlendirme ve kontrol aşamasıdır. Değerlendirme ve kontrol aşamasında

tespit edilen, elde edilen ve istenen sonuçlar arasındaki farkların giderilebilmesi için elde edilen bilgiler çevresel analiz, strateji formülasyonu ve strateji uygulaması aşamalarına girdi olarak dahil edilerek gerekli ayarlamalar yapılır (Wheelen ve Hunger, 2012:15-23).

Burada değerlendirme ve kontrol sonucu gerçekleşen bir öğrenme süreci vardır. Sistem çıktıları sistemde geri besleme yoluyla kurallara strateji uygulama, strateji formülasyonu ve çevresel analiz aşamalarına bilgi girdisi sağlar. Bu örgütsel öğrenme döngüsünü tesis ederek işletmenin stratejik yönetim sürecini üç döngülü bir öğrenme süreci haline getirir (Walburg, 2006a:15). Ayrıca geri bildirim döngüsü stratejik yönetim sürecini bir sibernetik sistem olarak düşünmemize imkân verir. Sibernetik sistemler ise kendi kendilerini kontrol edebilen sistemlerdir.



Şekil 8. Stratejik Yönetim Süreci

Kaynak: Wheelen ve Hunger, 2012:15.

Stratejik kontrol Johnson vd. (2008:10) tarafından basitçe, stratejilerin amaçlara ulaşma derecesini belirleyerek, gerekli düzeltici eylemleri öneren stratejik yönetim aşaması olarak tanımlanır. Stratejik kontrol yönetimin, literatürdeki yeri Henry Fayol'a uygulamadaki yeri ise daha öncesine dayanan, temel bir bileşenidir. Stratejik kontrol işletmenin misyonuna uygun bir biçimde davranmasını, amaçlarına ulaşmasını ve kabul edilebilir sınırlar içinde işleyip yönetilmesini güvence altına alınmasını yönetimin temel sorumluluğu olarak görür. Bu yasa ve yönetmeliklere uyumu, hissedarların, devletin ve diğer önemli paydaşların bilgilendirilmesini, risklerin azaltılması ve gereksiz risklerden

kaçınılmasını da içeren bir sorumluluktur. Kısaca, stratejik kontrol stratejik ve operasyonel yönetim sistem ve süreçlerinin olumlu sonuçların elde edilmesi, olumsuz sonuçlardansa kaçınılması veya azaltılması yönünde önceden tanımlanmış sınırlar içinde yönetmektir (Rainey, 2010:472).

Stratejik kontrol dört aşamalı bir süreçtir. Stratejik kontrolde öncelikli aşama standartların ve hedeflerin belirlenmesidir. Bunu ölçüm ve izleme sistemlerinin kurulması takip eder. Ardından gerçekleşen performansın belirlenen hedeflerle kıyaslanması gelir. Stratejik kontrolün son aşamasında ise sonuçların değerlendirilerek gereken düzeltici eylemlerin gerçekleştirilmesi yer alır (Hill ve Jones, 2009:235).

Katsioloudes (2006:234-239) ise, stratejik kontrolü altı aşamalı bir süreç olarak ele alır. Bu aşamalar; neyin kontrol edileceğinin belirlenmesi, kontrol standartlarının tespit edilmesi, performansın ölçülmesi, performansın standartla mukayese edilmesi, sapma nedenlerinin belirlenmesi ve düzeltici eylemde bulunulmasıdır. Bu aşamalar kabaca dört aşamalı süreç ile örtüşmektedir. Dolayısıyla stratejik kontrolün standart belirleme, performans ölçme, sapma analizi ve düzeltici faaliyetlerden oluştuğu ifade edilebilir.

Stratejik kontrol sadece örgüt ve üyelerinin performans düzeylerinin izlenmesi veya kaynak kullanım verimliliğinin belirlenmesi ile ilgili bir süreç değil, çalışanların motivasyonlarını en üst düzeyde tutarak uzun vadeli işletme performansını sağlamaya yönelik bir süreçtir. Stratejik kontrol sistemleri etkinlik, kalite, yenilik ve müşteri taleplerinin karşılanmasına yardımcı olarak işletmenin rekabetçi üstünlüğüne katkıda bulunur. Stratejik kontrol sistemleri örgütsel etkinliğin ölçülmesinde kullanılan ölçütleri bünyesinde barındırır ve sistem etkinliğinin sürekli olarak izlenmesine imkan verir. Stratejik kontrol sistemleri yöneticilere operasyonlar ve kalite hakkında geri bildirim sağlar. Stratejik kontrol çalışanların güçlendirilmesine imkan verecek şekilde otoritenin merkezden dağıtılmasına ve delegasyona imkan vererek yaratıcılığı ve yenilikçiliği teşvik edecek örgütsel ortama katkıda bulunur. Stratejik kontrol müşteri teması noktasında çalışanları izleyerek örgütün müşterilere karşı daha duyarlı ve hızlı tepki verir hale gelmesine imkan sunar (Hill ve Jones, 2009:388-389).

4. Performans Ölçümü Sistemleri

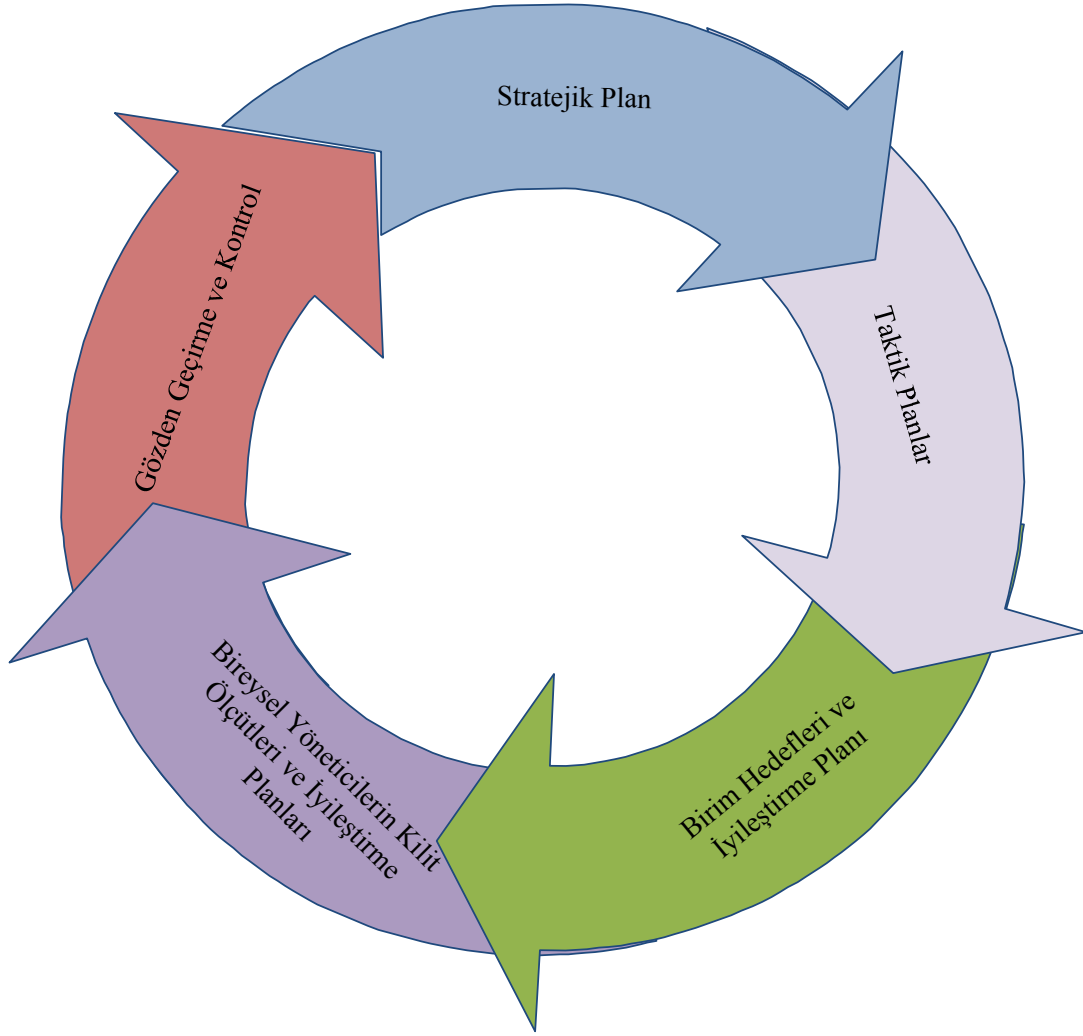
4.1. Amaçlara Göre Yönetim

Amaçlara Göre Yönetim (Management by Objectives) olarak adlandırılan yönetim yaklaşımı 1950'li yıllarda Peter Drucker tarafından ortaya konulmuştur. Amaçlara Göre Yönetim yaklaşımında yöneticiler işletme amaçlarını birlikte belirler, her yöneticinin sorumluluk alanlarını beklenen sonuçlar açısından tanımlar. Birimin yönetilmesinde ve birim üyelerinin örgütsel amaçlara katkılarının belirlenmesinde bu amaçlar ve ölçütler yol gösterici olarak kullanılır. Amaçlara Göre Yönetimin başarılı bir biçimde uygulanabilmesi için anahtar faktörlerden biri ortak amaçlar ve bunlara bağlı bireysel amaçların uyumlu bir biçimde belirlenmesi ve örgüt yapısının bu amaçlara ulaşmaya imkân verir bir biçimde olmasıdır (Tulchinsky ve Varavikova, 2009:445).

Birim çalışanlarının örgütsel amaçlar ve birim amaçları doğrultusunda bireysel hedefler belirlediği Amaçlara Göre Yönetim yaklaşımının üç temel özelliği vardır (Fried vd., 2005:237):

- Çalışanlar için belirli ve ölçülebilir hedefler ortaya koyar.
- Amaçlar çalışanlarla işbirliği içinde belirlenir.
- Yöneticilere çalışan performansını geliştirebilmeleri için objektif geri bildirim sağlar ve coaching uygulamasına imkân sağlar.

Amaçlara Göre Yönetim Şekil 9'da gösterilen döngüsel bir süreç olarak uygulanır.



Şekil 9. Amaçlara Göre Yönetim Döngüsü.

Kaynak: Armstrong, 2009:16.

Amaçlara Göre Yönetimin zaman içerisinde iş dünyasında kabul görerek yaygınlaşmasıyla beraber sistemin tutarlı bir biçimde uygulanabilmesi için bir uygulama sistemi gelişmiştir. Uygulamanın ilk adımı örgüt stratejisinin tanımlanmasıdır. İkinci aşamada ast ve üstler işbirliği halinde örgütün tüm düzeylerinde tutarlı olan amaçlar belirler. Amaçlara Göre Yönetim yaklaşımı kapsamında belirlenen amaçlar ödülleriyle desteklenmelidir. Amaçlarda olduğu gibi ödülleri belirlenmesinde de işbirlikçi bir süreç motivasyonu artırıcı etkiye sahiptir. Belirlenen hedeflere ulaşma yönelik, sorunların tespitine ve kaynak tahsisine yardımcı olacak eylem planları işbirliği içinde hazırlanır. Dönemsel olarak bireysel performans hedefleri ile mukayese edilerek problemler tespit edilip düzeltici eylemlerde bulunulur. Bu dönemsel değerlendirmeler

yönetimin hedefe ulaşmadaki sorunları tespit ederek bu doğrultuda coaching yapmalarına imkan sağlar. Amaçlara Göre Yönetimin uygulanmasındaki son adım ise kurumsal performansın gözden geçirilmesidir. Burada sistemin elde ettiği sonuçlar değerlendirilerek bu bilgi sistemin ilk aşamasına girdi olarak beslenir. Bu örgütsel planların uygulanmasını ve stratejik amaçların odak noktasında olmasını sağlar (Dinesh ve Palmer, 1998:364).

Amaçlara Göre Yönetim uygulamada pek çok eleştiri almıştır. Öncelikli eleştiri amaçlara göre yönetimin işletmenin sosyal bir sistem olduğunu göz ardı ederek başarıyı örgütsel amaçlar boyutunda hapsedmesidir. Geliştirilen ölçütlerde başarılı olunması işletme içindeki sosyal rollerde başarılı olunmasını gerektirmektedir. Ölçüm ve nicelleştirmeye vurgu arttıkça çalışanların odağı da bu nicelleştirme üzerine olmakta performansın niteliği niceliğe kurban edilmektedir. Son olarak Amaçlara Göre Yönetim çalışanların kişisel ihtiyaç ve amaçlarını göz ardı ederek örgütsel amaçlar ve bu amaçların kişisel boyuta indirgenmesine odaklanır. Bu ise motivasyon açısından birtakım sorunlar doğurmaktadır (Armstrong, 2009:16).

Amaçlara Göre Yönetimin gözden düşmesi ve uygulama alanının azalması, sürecin fazlaca sistematikleştirilmesi ve amaçların nicelleştirilmesine çokça vurgulama tapılmasından kaynaklanmıştır. Çoğu uygulamada amaçlara göre yönetim örgütte yukardan aşağı doğru uygulanmış, gerekli katılım sağlanmamıştır. Bu da örgütsel ve bireysel amaçlar arasındaki kritik bağların kurulmamasına veya zayıf bir biçimde kurulmasına neden olarak sistemin başarısını olumsuz bir biçimde etkilemiştir. Bu yukarıdan aşağıya uygulama çoğu durumda çalışanların Amaçlara Göre Yönetimin üst yönetim tarafından dayatması olarak algılamasına neden olmuştur. Hatta pek çok durumda uygulama örgüt içi bürokrasiyi arttıran anlamsız bir süreç olarak algılanmıştır (Armstrong, 2009:17-18).

4.2. Performans Piramidi

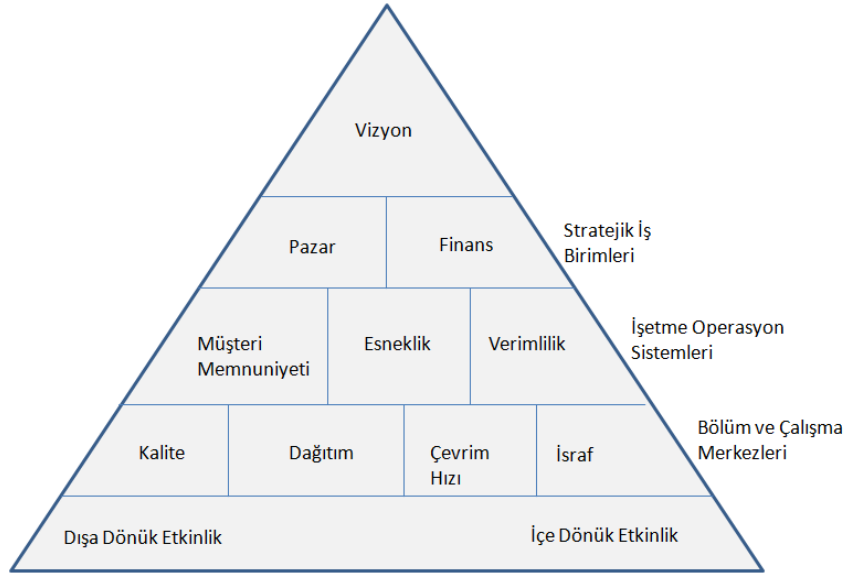
Stratejik Ölçüm Analizi ve Raporlama Tekniği (SMART- Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique) olarak da bilinen performans piramidi işletme performansını işletme faaliyetleri bağlamında değerlendirir. Verimlilik ve finansal ölçütler gibi geleneksel performans ölçütlerinin yetersizliği Wang laboratuvarlarını yeni

bir performans ölçümü geliştirme çabalarına sevk etmiştir. Amaç ise başarıyı tanımlayacak ve başarıya ulaşımı sürdürülebilir kılacak performans göstergeleri içeren bir yönetim kontrol sistemi geliştirmektir (Pun ve White, 2005:54).

Performans piramidi işletme performansına ilişkin şirket, işletme, operasyon ve bölüm ölçeklerinde genel performans ölçütleri içermektedir. Ayrıca işletme faaliyetlerini işletme içine dönük ve işletme dışına dönük faaliyetler olarak ele almaktadır. Şekil 10'da görüldüğü gibi piramidin tepesinde vizyon yer almaktadır. Piramidin alt seviyelerine indikçe operasyonel performans ölçütleri öne çıkmaktadır. Bu ölçütler aşağıdan yukarı doğru bütünleşerek en tepede örgütün stratejik performansının ölçülmesine imkan sunar. Amaçlar ise yukardan aşağı doğru ilerler. Aşağıda yer alan amaçlar üstteki amaçların uzantıları ve bileşenleridir. Performans piramidinin performans ölçümü mantığı bu düzeyler arasındaki ilişkilere bağlıdır. Piramidin sol tarafında yer alan dışa dönük faaliyetler üzerinden örneklenecek olursa kalite ve dağıtım aracılığıyla müşteri tatmini gerçekleşecek, pazar performansı memnun müşteriler nedeniyle artacak bu da işletmenin vizyonuna ulaşmasına katkıda bulunacaktır (Ağca ve Tunçer, 2006:179-180).

Performans piramidinin en güçlü yönü stratejik boyutta hedefler ile operasyonel boyutta performans ölçütleri arasında bağ kurabilmesidir. Ancak stratejik performans için kilit konumda olan kilit performans göstergeleri ve kritik başarı faktörleri tayin edecek mekanizmalar içermediği için performans ölçümünün ötesinde, performansı sürekli iyileştirmeye yönelik döngüler içermemektedir (Ghalayini ve Noble, 1996:74).

Piramidin yukarıdan ikinci seviyesinde pazarlama ve finans alanları bulunmaktadır. Pazarlama dışa dönük faaliyetleri finansman ise içe dönük faaliyetleri bünyesinde barındırır. Diğer bir ifadeyle işletmenin dışa dönük etkinlikleri pazarlama, içe dönük etkinlikleri ise finansman temelli olarak amaçlandırılır ve ölçülür.



Şekil 10. Performans Piramidi

Kaynak: Pun ve White, 2005:54.

4.3. Balanced Scorecard

Kurumsal karne, dengeli performans ölçüm cetveli ve performans karnesi gibi pek çok farklı adla anılan Balanced Scorecard literatürde en yaygın yer alan performans ölçümü ve yönetimi sistemidir. Diğer performans ölçüm ve yönetim sistemlerine göre bu denli yaygın yazılı kaynakta yer alması bu sistemin hem yaygın bir biçimde bilinmesine hem de yaygın bir biçimde kullanılmasına neden olmaktadır. Balanced Scorecard başarılı bir performans ölçümü/yönetimi sisteminin sahip olması gereken pek çok özellik ve bileşeni bünyesinde barındırması ve hakkında fazlaca kaynak olması nedeniyle araştırmanın bu kısmında diğer performans ölçüm sistemlerinden daha fazla yer almaktadır.

Balanced Scorecard'ın (BSC) ortaya çıkışı ve gelişimi incelendiğinde özde bir performans ölçüm sistemi olarak geliştirildiği düşünülebilir, ancak geleneksel performans ölçüm sistemlerinden farklı olarak, BSC, işletmenin vizyon ve stratejisinin bir dizi performans göstergesine çevrildiği kapsamlı bir performans ölçüm sistemi sunmaktadır (Ağca ve Tunçer, 2006;177-178). BSC yöneticilere örgütün alt birimleri, genel şirket vizyonu ve stratejisine ilişkin dört farklı bakış açısından değerlendirme sunmaktadır (Thomas; 2007). Her bir bakış açısına ilişkin ise farklı temel performans

göstergeleri (key performance indicators, KPI) bulunmaktadır. Performans göstergeleri her bir performans boyutunun ölçümünde kullanılan araçlardır. Bu bağlamda ele alındığında BSC bir takım ilişkili performans ölçütlerinden oluşan bir performans ölçüm sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu performans ölçütleri ise işletme stratejisinden türetilmiştir. Bu şekliyle BSC işletmeler için üç farklı fonksiyonu yerine getirebilen bir araç olarak göze çarpmaktadır. BSC işletmeler için bir iletişim aracı, performans ölçüm aracı ve bir stratejik yönetim sistemidir (Niven; 2006: 16-20; Nair, 2004:15).

4.3.1. Balanced Scorecard'ın temelleri, varsayımları ve evrimi

Balanced Scorecard Robert Kaplan ve David Norton tarafından 1990'larda yürütülen bir dizi araştırma sonucu geliştirilmiştir. Finansal muhasebe ölçümlerine dayanan performans ölçüm yöntemlerinin eskidiği ve bilgi çağı ile ortaya çıkan yeni rekabet ortamında geçerliliğini yitirdiği varsayımına dayanan araştırma yenilikçi performans ölçüm sistemleri kullanan 12 işletme üzerinde gerçekleştirilmiştir. Finansal ölçütlere ağırlık verilmesinin işletmelerin gelecekte ekonomik değer yaratmasının önünde bir engel teşkil ettiği, yeni rekabet ortamında işletmelerin başarılı olmasına imkan sağlayacak bir performans ölçüm ve yönetim sistemine gereksinim olduğuna ilişkin inanış araştırmayı yönlendirmiştir.

Proje kapsamında incelenen işletmelerden biri olan Analog Devices'ın performans ölçüm sisteminde geleneksel finansal ölçütlere ek olarak kullanılan ürün teslim süresi, üretim kalitesi ve yeni ürün geliştirme verimliliği gibi ölçütlerin de yer aldığı bir Kurumsal Scorecard'ın kullanıldığı görülmüştür. Proje kapsamında yürütülen çalışma grubunda gerçekleştirilen tartışmalar Scorecard yaklaşımının kapsamının genişletilerek, performansın finansal, müşteri, iç süreçler, gelişme ve öğrenme boyutları kapsamında ele alındığı BSC adı verilen sistemin geliştirilmesini sağlamıştır (Kaplan ve Norton; 1996). Kavramda yer alan “dengeli” (balanced) ifadesi, sistemin uzun ve kısa vadeli amaçlar, finansal ve finansal olmayan ölçütler, öncül ve ardıl göstergeler, performansın işletme içi ve işletme dışı boyutlarının dengelenmesini ifade etmektedir (Kaplan ve Norton, 1992).

BSC kavramının ve yaklaşımının yeni bir şey olmadığını, 1930'lu yıllarda Fransa'da geliştirilen, çok boyutlu performans göstergelerinden oluşan bir performans gösterge sistemi olan, Tableaux de Bord yaklaşımına dayandığını belirten bazı çalışmalar da mevcuttur (Epstein ve Manzoni, 1998; Bessire ve Baker, 2004; Bourguignon vd., 2004). Witcher ve Chau (2007) ise BSC'nin bir stratejik planlama ve yönetim sistemi olan Hoshin Kanri arasındaki benzerlik ve ilişkiyi irdelemektedir.

Tableaux de Bord ve BSC yaklaşımları birtakım benzerlik ve farklılıklara sahiptir. Bu iki yaklaşım arasındaki benzerliklerin en temel ve önemli olanı her iki yaklaşımda vizyon ve stratejiyi operasyonel hedef ve ölçütlere çevirmesi nedeniyle stratejik yönetim sürecine destek veren araçlar olmasıdır (Bourguignon vd., 2004). Her iki yaklaşımda da finansal ölçütler ve finansal olmayan ölçütler bir arada kullanılarak üst yönetim kararları ile çalışanların faaliyetleri arasında bağlantı kurulmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda her iki sistemde yukarıdan aşağıya bir işleyiş sergilemektedir (Ataman, 2004).

Bu iki model arasındaki en dikkat çekici farklılık ise BSC, Porter'ın strateji modeline uygun bir biçimde dıştan içe (müşteriden iç süreçlere) bir odağa sahipken, Tableaux de Bord, yöneticilerin kişisel stratejik bakış açıları üzerine kurgulandığı için kaynak tabanlı yaklaşımı da strateji sürecinde yansıtmaktadır (Bourguignon vd., 2004). Bu iki yaklaşım arasındaki diğer bir belirgin farklılık ise seviyeler arasındaki ilişkidir. BSC'a göre örgütün her seviyesindeki amaçlar birbirleri ile ilişkili ancak birbirlerinden bağımsızdır. Herhangi bir seviyedeki amaçlar, o seviyedeki yöneticinin sorumluluğundadır. Tableaux de Bord'da ise seviyeler arasındaki amaçlar arasında bağımlılıklar vardır ve bu amaçlara ilişkin sorumluluklar paylaşılmaktadır (Ataman, 2004). Tableaux de Bord süreç odaklı bir yaklaşım olduğu için seviyeler arasındaki bu bağımlılık doğal görünmektedir.

Kaplan ve Norton'un kendi ifadelerine göre, BSC 1990'lı yılların başlarında belirginleşen bir ölçüm sorunu sonucunda geliştirilmiştir. Bilgiye dayalı rekabette, örgütlerin maddi olmayan varlıklarını geliştirmeleri, iyileştirmeleri ve kullanmaları başarı için önemli bir unsurdur. Ancak, finansal temelli ölçümler, işletmelerin maddi olmayan kaynakları aracılığıyla değer yaratma sürecini yansıtamamaktadır. BSC bu ölçüm sorununa çözüm olarak geliştirilmiştir (Kaplan ve Norton, 2001a; vii.). Geleneksel performans ölçütlerine ilişkin eleştirilerin en önemlilerinden biri müşteri

tatmini, süreç verimliliği ve yenilik gibi finansal olmayan performans öğelerini yansıtmamasıdır. BSC finansal ve finansal olmayan performans ölçümlerini bütünleşik bir yaklaşımla değerlendiren bir sistem olarak önerilmiştir. BSC'nin öncül amaçlarından biri üst düzey yöneticiler için geleneksel ölçümlerin aşırı bilgi yüklemesini ortadan kaldırarak işletmenin tümüne ilişkin kapsamlı ve hızlı bilgi vermektir (Yeniyurt, 2003).

4.3.2. Balanced Scorecard'ın işlevleri

BSC üç temel işleve sahip olan bir yönetim aracı veya yaklaşımıdır. Bu işlevler Niven (2002) tarafından ölçüm sistemi, stratejik yönetim sistemi ve iletişim aracı olarak sıralanmaktadır. Burada bu üç işlev sırasıyla ele alınmaktadır BSC'nin performans ölçümü aracından stratejik yönetim sistemine evrimi Kaplan ve Norton tarafından yayınlanan dört makalede (Kaplan, 1994; Kaplan ve Norton, 1992; 1993; 2001a ; 2001b) gösterilmektedir.

4.3.2.1. Bir performans ölçüm sistemi olarak BSC

Performans ölçümü genel bir biçimde, bir takım istatistiksel veri ve yöntemler vasıtasıyla, önceden belirlenmiş örgütsel amaçlara ulaşma derecesini belirleme eylemidir. İşletmelerde geleneksel performans ölçümüne ilişkin kavram, yaklaşım ve sistemlerin temeli yönetim muhasebesi adı verilen alanın konuları arasına girmektedir. İşletme performansının ölçümüne yönelik yeni metotlara ilişkin literatürde belirgin iki temel akım vardır. Bunlardan ilki geleneksel finansal performans ölçütlerinin zafiyetlerini aşacak, yeni ve daha iyi finansal ölçütler geliştirme üzerinde durmaktadır. Bu akımda yer alan en popüler metot Ekonomik Katma Değer (EVA) yaklaşımıdır. İkinci akım ise işletme performansının ölçümünde finansal performansa ilişkin ölçütlerin yanı sıra finansal olmayan performans ölçütlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu akımdaki metot ve yaklaşımlar ileriye dönük performans ölçütlerine görece olarak daha fazla önem verir (Yeniyurt, 2003).

BSC ölçümün strateji ile ilişkilendirmesini vurgular. Burada ölçümde kullanılan ölçütlerin strateji ile neden-sonuç (nedensellik) ilişkileri odak noktasıdır (Kaplan ve Norton, 2001c). Bu yaklaşım işletme performansını işletme stratejisine bağlı dört

boyutta ele alır ve ölçümleri bu başlıklar doğrultusunda gerçekleştirir. Bu boyutlar; finansal, müşteri, operasyonel ve gelişme ve öğrenme boyutlarıdır.

BSC’da yer alan performans ölçütleri sonuç ve yönlendirici, finansal ve finansal olmayan, içsel ve dışsal ölçütler olarak sınıflandırılabilir. Sonuç ölçütleri bir stratejinin sonuçlarını gösteren kalite iyileşmesi, gelir artışı gibi ardıl göstergelerdir ve işletmenin stratejiyi ne kadar başarılı uyguladığını gösterir. Yönlendirici ölçütler ise sonuçları etkileyecek olan öncül ölçütlerdir (Gautreau ve Kleiner, 2001). BSC kavramındaki “balance” (denge) kısa ve uzun vadeli amaçlar, finansal ve finansal olmayan ölçütler, öncül ve ardıl göstergeler arasındaki dengeyi ifade etmektedir (Hepworth, 1998). BSC işletmenin amaçlarına ulaşılması ve gelecekte başarılı olabilmesi için gerekli olan kritik başarı faktörlerini tanımlar ve değerlendirir. Bu ise işletme amaçları, vizyonu ve stratejisi doğrultusunda neden sonuç ilişkilerinin iyi bir şekilde anlaşılması yoluyla mümkün olmaktadır. Bu bağlamda BSC’nin temeli, işletmenin vizyon ve stratejisinde yatan bir performans ölçümü aracı olduğu ifade edilebilir. BSC’nin işletme performansını dört temel boyutta ele alması ise bu boyutlar arasında var olduğu düşünülen nedensellik ilişkisine dayanmaktadır.

4.3.2.2. İletişim aracı olarak BSC

BSC sisteminin en temel ve güçlü özelliklerinden biri bir iletişim aracı olmasıdır. İyi bir biçimde geliştirilmiş bir BSC strateji, vizyon ve stratejik sonuçlara ilişkin muallak ifadeleri net ve objektif performans ölçüt ve hedefleri biçiminde ifade eder. Benzer şekilde BSC sonuçlarının örgüt çapında paylaşımı çalışanlara stratejinin temelini oluşturan varsayımları tartışma, sonuçlardan öğrenme ve gerekli olan düzeltmelere ilişkin diyalog geliştirme imkânı sağlar (Niven, 2002). Kaplan ve Norton (1996b) BSC’nin sadece örgüt stratejisi ve örgütsel bilgiyi oluşturmaya katkıda bulunmakla kalmayıp strateji ve örgütsel bilgiyi etkin bir biçimde ilettiğini ifade etmektedir. BSC sisteminin oluşturulmasında ve uygulanmasında diyalog ve bilgi değişimi had safhada olduğu için BSC etkili bir iletişim sistemini sağlar ve destekler. Aynı zamanda BSC, değişime ilişkin inanılır bir yöntem ve vizyona ilişkin örgütsel iletişime imkân sağlayarak değişimleri de kolaylaştırabilir (Malina ve Selto, 2001).

4.3.2.3. Stratejik yönetim sistemi olarak BSC

BSC'ı uygulayan işletmelerin çoğunda BSC bir ölçüm aracından Kaplan ve Norton'un "stratejik yönetim sistemi" olarak adlandırdığı bir boyuta erişmiştir (Kaplan ve Norton, 1996c). Bu sistemi uygulayan pek çok işletme sistemin kısa dönemdeki eylemlerini uzun vadeli stratejiyle uyumlaştırmaya yarayan önemli bir araç olduğunu keşfetmiştir (Niven, 2002).

Ölçüm geleceğe yönelik bir odak oluşturmuş ve yöneticilerin ölçüt tercihleri, örgütün tüm kademelerine önemli bazı mesajlar iletmıştır. BSC'nın bu potansiyelini fark eden işletmeler, yeni ölçütleri bir yönetim sistemine entegre etmişlerdir. Bu şekilde BSC bir performans ölçümü sisteminden stratejik yönetim sistemine doğru evrim geçirmiştir (Kaplan ve Norton, 2001c). BSC'nın işletmelerde performans artışı sağlamasında "düzen" (alignment) ve "odak" (focus) önemli rol oynamaktadır (Kaplan ve Norton, 2001b). Her örgütün düzen ve odağa ulaşımı farklı biçimlerde ve hızlarda gerçekleşmiş olsa da, her birisinin bu süreçte kullandığı beş temel prensip söz konusudur. Bu prensipler sırasıyla; stratejinin operasyonel terimlerle ifadesi, örgütün stratejiye göre düzenlenmesi, stratejinin herkesin gündelik işinin bir parçası haline getirilmesi, stratejinin devamlı bir süreç haline getirilmesi ve liderliğin değişime öncülük etmeye yönelik olarak mobilize edilmesidir (Kaplan ve Norton 2001c).

İşletmeler BSC'ı uygularken stratejilerinin önemli bileşenlerini strateji haritalarında ve scorecardlarda detaylı bir biçimde yansıtmaktadır. Bu örgüt üyeleri için ortak ve anlamlı referans noktaları sağlamaktadır (Kaplan ve Norton 2001b). BSC örgütün farklı birimlerinin stratejileri birbirleriyle uyumlu ve bağlantılı hale getirilerek bütünleştirilmektedir. Bu şekilde örgütün tüm alt birimleri örgüt stratejisi tarafından beslenir ve örgüt stratejisini besler hale getirilir (Kaplan ve Norton, 2001c).

4.3.3. Balanced Scorecard'ın bileşenleri

BSC yaklaşımını oluşturan dört temel bileşen vardır. Bu bileşenler BSC'ta yer alan performans boyutları, bu boyutlara ilişkin geliştirilen temel performans göstergeleri, bileşenler arasındaki nedensellik ilişkilerini gösteren strateji haritaları ve performans ölçümüdür.

4.3.3.1. Balanced Scorecard'ın performans boyutları

BSC'a göre işletme performansı birbirleri ile ilişkili dört boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar finansal boyut, müşteri boyutu, operasyonel, veya işletme içi süreçler boyutu, gelişme ve öğrenme boyutudur. Kaplan ve Norton (1996) bu dört boyutu bir şablon olarak sunmakta ve işletmelerin faaliyet alanlarının gereksinimleri ve işletme stratejisi doğrultusunda bu boyutların artıp azalabileceği ve değişebileceğini belirtmektedir. Uygulamada Kaplan ve Norton tarafından önerilen dört boyuttan daha farklı adlarda ve miktarda boyutlarla yapılan BSC çalışmaları mevcuttur (Letza, 1996; Higgins ve Currie, 2004; Epstein ve Wisner, 2001; Speckbacher vd., 2003).

BSC de yer alan her bir performans boyutu işletmenin farklı bir paydaş grubu ile etkileşimini ve bu paydaşların işletmeye bakış açılarını da değerlendirir (Pun ve White, 2005). BSC'ın başarılı bir biçimde uygulanabilmesi için bu dört boyuta ilişkin olarak stratejik amaçların, ölçütlerin, hedeflerin ve girişimlerin belirlenmesi gerekmektedir.

4.3.3.1.1.Finansal boyut

Finansal performans ölçümleri işletme stratejisinin, bu stratejinin uygulanmasının ve işletme faaliyetlerin bu strateji doğrultusunda yürütülmesinin işletmenin karlılığına katkı sağlayıp sağlamadığını gösterir (Kaplan ve Norton, 1996). Bu bağlamda ele alındığında performansın finansal boyutu BSC'ta yer alan diğer performans boyutları ve bu boyutlarla ilgili gösterge ve amaçların sağlanmasını da gerçekleştirir.

İşletmenin finansal amaçları işletme stratejisi ile uyumlu olmalıdır. Kaplan ve Norton (1996) işletme stratejilerini büyüme, sürdürme ve hasat stratejileri olarak üç temel başlıkta ele almaktadır. Bu sınıflandırma aynı zamanda işletme yaşam çevrimi ile örtüşmektedir.

Şekil 11'de gösterilen stratejik amaçlar Kaplan ve Norton (1996) tarafından önerilen finansal amaçlar olup kısıtlayıcı bir yaklaşım değildir. İşletmenin stratejisine ve içinde bulunduğu duruma bağlı olarak işletmelerin finansal performansa ilişkin farklı stratejik amaçlar belirlemeleri söz konusu olabilmektedir. Şekil 11'de açık bir biçimde görüldüğü üzere işletmenin finansal performans boyutuna hangi açıdan odaklanacağı takip ettiği strateji ve hedeflediği stratejik amaçlar doğrultusunda farklılık göstermektedir. Her farklı strateji ve bu stratejilerle eşleştirilebilecek stratejik amaçlar

için farklı finansal performans ölçümleri geliştirilmesi veya seçilmesi söz konusu olmaktadır.

Stratejik Amaçlar				
		Gelir artışı ve karması	Maliyet Azalışı / Verimlilik Artışı	Varlıkların kullanımı
İş Birimi Stratejisi	Büyüme	Satış artış oranı, Yeni ürün, hizmet ve müşterilerden elde edilen gelir yüzdesi	Çalışan başına gelir	Yatırım (satışlara oranı), Yenileme ve geliştirme (satışlara oranı)
	Sürdürme	Hedef müşteri payı, Çapraz satışlar, Yeni uygulamalardan elde edilen gelir, Müşteri ve ürün karlılığı	Rakiplere oranla maliyetler, Maliyet düşüş oranları, Dolaylı giderler (satışlara oranı)	İşletme sermayesi oranları (nakit dönüş), Temel aktiflere göre sermayenin karlılığı, Aktiflerin değerlendirilme oranları
	Hasat	Müşteri ve ürün karlılığı, Kar getirmeyen müşterilerin yüzdesi	Birim maliyetler (her birim, ürün ve işlem için)	Geri ödeme, Belirli bir sürede işlenebilecek hammadde miktarı

Şekil 11. Stratejik Finansal Konuların Ölçümü

Kaynak: Kaplan R. ve D. Norton, 1996: 52.

Niven (2002) tarafından önerilen, işletmelerde BSC uygulamalarında kullanılabilecek olan finansal performans göstergeleri Tablo 3'te listelenmiştir.

Tablo 3. BSC'ın Finansal Boyutu için Önerilen Göstergeler

Toplam varlıklar	Net varlık getirisi	Net gelir
Çalışan başına düşen toplam varlık	Satışların toplam varlıklara oranı	Çalışan başına düşen kar miktarı
Karın toplam varlıklarla oranı	Brüt kar marjı	Çalışan başına satış geliri
Kullanılan sermayenin karlılığı	Yeni ürünlerden elde edilen satış gelirleri	Faiz yükümlülüklerini karşılama oranı
Satış gelirleri	Öz sermaye karlılığı	Yatırım karlılığı
Ekonomik katma değer	Piyasa katma değeri	Çalışan başına katma değer
Bileşik büyüme oranı	Temettü	Hisse fiyatı
Piyasa değeri	Hissedar karması	Hissedar sadakati
Toplam borç	Borcun sermayeye oranı	Karın satışlara oranı
Ortalama tahsilat süresi	Alacak devir hızı	Borç ödeme süresi
Ortalama stok süresi	Stok devir hızı	Kredi derecelendirmesi
Toplam maliyetler	Nakit akışı	

Kaynak: Niven, 2002:119

Finansal boyuta ilişkin girişimleri işletme stratejisi ve stratejik amaçlar doğrultusunda açıklamak mümkün olmaktadır. Büyüme evresinde izlenen stratejilerdeki temel amaçlar gelir artış oranı gibi büyüme odaklı amaçlardır. Sürdürme aşamasında karlılık amaçlandığı için karlılık, ekonomik katma değer ve maliyet azaltma gibi amaçlara odaklanılmaktadır. Hasat aşamasında uygulanan stratejiler ise nakit akışını arttırma, sermaye ve yatırım gereksinimlerini azaltarak kar maksimizasyonunu amaçlar.

Gelir artışı ve karışımına yönelik girişimler yeni ürünler geliştirilmesi ve sunulması, mevcut ürünlere farklı kullanım alanları bulunması, yeni müşteri ve pazarlar bulunması, yeni ürün ve hizmet karması oluşturulması, yeni fiyatlandırma stratejileri geliştirilmesi olarak sıralanabilir. Bu girişimler işletmenin gelirlerini arttırma ve/veya gelir kaynaklarını çeşitlendirmeyi amaçlamaktadır.

Maliyet azaltma ve verimliliği arttırmaya yönelik girişimler gelir verimliliğini arttırma (belirli bir geliri daha az harcama yoluyla gerçekleştirme), birim maliyetleri düşürme, ürün sunum kanalı karmasını geliştirme, faaliyet ve genel yönetim giderlerini azaltma biçiminde sıralanabilir. Bu girişimler işletmenin gelirleri üzerinde odaklanmaktan ziyade bu gelirlerin elde edilmesinde katlanılan maliyetlerin azaltılması yoluyla karlılığı arttırmayı amaçlamaktadır.

Varlık kullanımı ve yatırım stratejisine yönelik girişimler sermaye devir hızını arttırmak ve varlıkların kullanımını arttırmak olarak sıralanabilir. Bu girişimler işletmenin yatırımları ve varlıklarını faaliyetlere daha yoğun bir biçimde dahil ederek bu varlıkların verimliliğini arttırmayı amaçlamaktadır (Kaplan ve Norton, 1996:55-60).

4.3.3.1.2. Müşteri boyutu

BSC'nin müşteri boyutu işletmenin müşteriler tarafından nasıl görüldüğü ve işletmenin finansal amaçlarına ulaşmak için müşterilerine nasıl bir ürün-hizmet karması sunması gerektiği soruları üzerinde odaklanmaktadır. BSC'da yer alan nedensellik ilişkisi çerçevesinde müşteri boyutu finansal boyutu destekleyicidir. BSC'nin müşteri boyutunda işletmeler öncelikli olarak rekabet edecekleri hedef pazar ve müşteri kitlesini belirler. BSC'nin müşteri boyutu işletmenin hedef kitleye yönelik değer sunumunu açık

bir biçimde tanımlamasına ve ölçmesine imkan verir. Bu değer sunumları temel müşteri göstergelerine ilişkin öncül teşkil etmektedir (Kaplan ve Norton, 1996).

Balanced Scorecard'ın müşteri boyutundaki amaçların, ölçütlerin, hedeflerin ve girişimlerin belirlenmesinde “hedef müşterilerimiz kimdir ve bunlara yönelik değer sunumumuz nedir?” sorusunun işletme stratejisi doğrultusunda cevaplanması yol gösterici olacaktır (Niven, 2002). İşletmenin müşteriye değer sunumu doğrultusunda belirlenecek amaçlar bu boyutta yer alacak ölçütleri de belirleyecektir (Kaplan ve Norton, 1996:64-71).

İşletmelerde BSC uygulamalarında önerilen, müşteri performansına ilişkin göstergeler Tablo 4’te listelenmiştir.

Tablo 4. BSC’ın Müşteri Boyutu İçin Önerilen Göstergeler

Müşteri tatmini	Pazar payı	Müşteri şikayetleri
Kazanma oranı (gerçekleşen satış/satış girişi)	İlk temasta çözümlenen şikayetler	Hedef müşteri kitlesinin harcamasından elde edilen pay
Müşteri taleplerine cevap süresi	Müşteri başına yapılan müşteri hizmeti harcaması	Yeni müşterilerden elde edilen gelirin yüzdesi
Müşteri ilişkisinin ortalama süresi	Müşterilerle geçirilen saat sayısı	Pazarlama giderlerinin satış gelirlerine oranı
Kaybedilen müşteri sayısı	Müşteri muhafaza oranı	Müşteri kazanma oranı
Direkt fiyat	Müşteri sayısı	Yapılan teklif sayısı
Müşteriye yıllık satış	Müşteri sadakati	Rakiplere göre fiyat
Müşterilerin işletmeyi ziyareti	Verilen reklam sayısı	Marka tanınmışlığı
Müşteriye toplam maliyet	Satış hacmi	Karşılık oranı
Dönüş oranı	Kanal başına satış hacmi	Ortalama müşteri hacmi
Çalışan başına düşen müşteri sayısı	Müşteri karlılığı	Satış işlemi sıklığı
Ticari fuarlara katılım		

Kaynak: Niven, 2006:154.

4.3.3.1.3. Operasyonel boyut

BSC'nin işletme içi süreçler veya operasyonel boyutu işletmenin müşteri ve hissedarlarını tatmin etmesi için hangi süreçlerin kritik olduğu sorusu üzerine odaklanmaktadır. Operasyonel boyut, finansal boyutta ve müşteri boyutunda yer alan amaçları başarmak için gerekli olan operasyonel süreçler üzerine kurgulanır. Bu boyutta işletmenin hangi önemli iç süreçlerde, ne tür gelişmeler sağlanması gerektiği belirlenir. Operasyonel boyuttaki amaçlar verimlilik, süreç zamanı, kalite, maliyet ve yeni ürün sunumu gibi unsurlardır (Kaplan ve Norton, 1996).

Bu amaçlara ulaşma derecesini belirlemeye yönelik olarak geliştirilecek performans ölçütleri, finansal ve müşteri boyutundaki hedefleri bir neden-sonuç ilişkisi kapsamında desteklemelidir. Buradaki amaç işletme stratejisi doğrultusunda işletmenin bütünleşik bir biçimde ele alınmasıdır. İç süreçler boyutunda belirlenen amaçlar ve ölçütler müşteri boyutundaki amaçların gerçekleştirilmesini destekleyerek finansal boyut amaçlarına ulaşılmasına yardımcı olmalıdır.

İşletmelerde BSC uygulamalarında önerilen, çalışanların gelişim ve öğrenmesine ilişkin göstergeler Tablo 5'te listelenmiştir.

Tablo 5. BSC'nin Gelişme ve Öğrenme Boyutu için Önerilen Göstergeler

Müşteri veri tabanlarının erişilebilir olması	Sunulan ürün çeşitleri içerisinde yeni ürünlerin oranı	Araştırma geliştirme aşamasındaki ürün ve hizmet sayısı
İşletmenin faaliyet dışı kaldığı süre	Stok sorunları yüzünden siparişlerin karşılanamaması	Yeni projelerin iç verimlilik oranı
Ortalama sipariş işleme süreci	İşgücü kullanım oranı	Atıkların azaltılması
Baş baş noktasına ulaşma süresi	Müşteri taleplerine karşılık verme süresi	Yeni ürün ve hizmetlerin piyasaya arz süresi
Çevresel emisyonlar	Üretimde hata oranı	Ürün iade sıklığı
Araştırma geliştirme harcamaları	Medyada olumlu bir biçimde yer alma	Garanti başvuruları
Toplumsal katılım	Ürünlerin tekrar işlenmesi	Sürekli iyileşme
Patent başvuru sayısı	Alan kullanımı	Süreç zamanında iyileşme
Zamanında teslimatlar	Stok devir hızı	Yeni ürün sayısı
Planlama başarısı	İşlem başına ortalama maliyet	Patentlerin ortalama yaşı

Kaynak: Niven, 2006:162.

4.3.3.1.4. Gelişme ve öğrenme boyutu

BSC'nin dördüncü boyutunda işletmenin uzun vadeli başarısı ve gelişimi için gerekli olan altyapının oluşturulması amaçlanmaktadır. Bu boyuttaki baskın unsur işletmenin ileriki dönemlerde hissedarlar için değer yaratma yeteneğinin geliştirilmesidir (Amaratunga vd., 2000). Bir işletmenin uzun vadede işletme içi süreçleri başarılı bir biçimde yürüterek müşteri performansını istikrarlı bir biçimde üst düzeylerde tutarak finansal performans elde edebilmesi işletmenin öğrenme ve gelişme yeteneğine bağlıdır. Öğrenme ve gelişme boyutundaki en önemli unsurlardan biri işletmenin insan kaynakları potansiyelidir. Rekabet üstünlüğü elde edilmesinde işletmenin insan kaynakları potansiyeli temel role sahiptir (Walker ve MacDonald, 2001). Bu boyuttaki diğer önemli unsurlar işletmelerdeki bilgi sistemlerinin kapasitesi ve işletme içi yöntemlerdir.

Öğrenme ve gelişme boyutunda belirlenecek hedefler diğer üç boyuttaki hedefleri destekleyici nitelikte olmalıdır. Niven (2006) gelişim ve öğrenme boyutuna ilişkin olarak Tablo 6'da sıralanan ölçütleri önermektedir:

Tablo 6. BSC'nin Operasyonel Boyutu için Önerilen Göstergeler

Çalışanların mesleki ve ticari derneklere katılımı	Çapraz fonksiyonel görevlendirmeler	Çalışanlar tarafından sunulan öneriler
Bilgisayar verilen çalışan oranı	Lisansüstü diplomaya sahip çalışan oranı	Çapraz fonksiyonel eğitim sahibi çalışan sayısı
İşgücü zamanı kaybına neden olan kazalar	Güçlendirme (empowerment) endeksi	Hisse paylaşım planlarına katılım
Etik kuralların ihlali	Devamsızlık	Çalışan tatmini
Mevcut iş başvuru sayısı	Çalışan başına katma değer	Motivasyon endeksi
Ortalama çalışma süresi	İşgücü çeşitliliği	İşgücü devir oranı
Çalışma ortamının kalitesi	İç iletişim derecelendirmesi	Çalışan verimliliği
Oluşturulan scorecard sayısı	Sağlık teşviki	Eğitim için harcanan süre
Kişisel amaçlara ulaşım	Performans değerlemelerinin zamanında tamamlanması	Liderlik gelişimi
İletişim planlaması	Rapor edilen kaza sayısı	Çalışan başına eğitim yatırımı
Bilgi yönetimi		

Kaynak: Niven, 2006:156.

4.3.3.2. Kritik başarı faktörleri ve temel performans göstergeleri

Kritik başarı faktörleri (critical success factors / key success factors) ve temel performans göstergeleri (key performance indicators) genel olarak performans yönetimi ve ölçümü, özel olarak ise BSC yazınında sık bir biçimde kullanılan iki kavramdır. Literatürde her iki kavramda net bir biçimde tanımlanmamaktadır. Ancak bu iki kavram hem birbirleri ile ilgili hem de tanımlamayı gerektirmeyecek kadar sezgiseldir.

4.3.3.2.1. Kritik başarı faktörleri

Dayton (1999:21) kritik başarı faktörlerini işletmenin yönetiminde yer alan çok sayıda gereksinim ve taleplerden işletme için hayati öneme sahip olanların ayrılması olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan hareketle kritik başarı faktörleri, en basit anlatımla, bir işletme veya örgütün misyonuna ulaşabilmesi için vazgeçilmez olan unsurlar olarak tanımlanabilir. Yukarıdaki tanıma benzer bir biçimde, Bullen ve Rockart (1981:3) kritik başarı faktörlerini “bir yöneticinin hedeflerine ulaşması için olumlu sonuçlar elde etmesi gereken faaliyet alanları” olarak tanımlamaktadır. Bu tanım boyut ve kapsam olarak stratejik yönetim düzeyinde değildir, ancak stratejik yönetim boyutuna taşınması mümkün olmaktadır. Kritik başarı faktörleri stratejik yönetim düzeyinde şu şekilde tanımlanabilir; kritik başarı faktörleri işletmenin stratejik hedeflerine ulaşması için olumlu sonuçlar elde edilmesi gereken faaliyet alanlarıdır. BSC yaklaşımı, işletmenin gelecekte başarılı olması için gerekli olan işletme amaçlarının gerçekleştirilmesinde önemli rol oynayan kritik başarı faktörlerinin neler olduğunu belirler. Bu işletme performansına ilişkin neden sonuç ilişkilerinin detaylı incelenmesi sonucu oluşan anlayış ile mümkün olmaktadır. Bu bağlamda BSC’nin işletme ve çevresini dört boyutta ele alışı daha iyi anlaşılmaktadır (Hepworth, 1998;559).

BSC’nin önerdiği performans boyutlarının her birine ilişkin çeşitli kritik başarı faktörlerinin belirlenmesi mümkün olmaktadır (Hernandez vd., 2004:701). Ancak burada göz önünde bulundurulması gereken şey kritik başarı faktörlerinin birer performans ölçütü değil, işletmenin stratejik amaçlarına ulaşılması için gerekli olan unsurlar olduğudur. BSC uygulamalarında, Olve vd. (2003;20) işletmenin farklı performans boyutları ile ilgili farklı kritik başarı faktörlerinin belirlenmesini ve bu faktörlerin her birisine karşılık gelecek farklı performans ölçütlerinin (temel performans

göstergesi) tayin edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kritik başarı faktörlerinin tayin edilmesindeki en önemli unsur seçilen başarı faktörünün işletmenin stratejik amacı ile bir neden sonuç ilişkisine sahip olmasıdır (Olve vd., 2003:31-32; Veen-Dirks ve Wijn, 2002:412).

Parmenter (2007:68-72) kritik başarı faktörlerinin belirlenmesinin; stratejik planlama dokümanlarına başvurulması, kritik başarı faktörleri hiyerarşisi oluşturulmasına yönelik proje ekibi kurulması, kritik başarı faktörlerinin gözden geçirilmesi için çalıştay faaliyetlerinde bulunulması, çalışanlar ve diğer paydaşlarla yapılacak görüşmeler sonrasında kritik başarı faktörlerinin son şeklinin verilmesi, son olarak ise, kritik başarı faktörlerinin çalışanlara açıklanmasından oluşan beş görev içerdiğini ifade etmektedir.

İşletme stratejisini destekleyici kritik başarı faktörlerinin belirlenmesinde dikkat edilmesi gereken birtakım hususlar vardır. Bu hususlar şu şekilde sıralanmaktadır (Keegan, Eiler ve Jones, 1989:28):

- Kritik başarı faktörleri işletmenin stratejisi doğrultusunda oluşturulmalıdır.
- Kritik başarı faktörleri işletmenin farklı organizasyon basamaklarında aynı anlama gelmelidir
- Kritik başarı faktörleri işletmenin iç ve dış çevresinde gerçekleştirilen faaliyetleri dikkate almalıdır.
- Kritik başarı faktörleri işletmede verilecek kararlar için yeterli olacak kapsamda belirlenmelidir.

Akal (2003) kritik başarı faktörlerinin şu sorular doğrultusunda belirlenmesi gerektiğini ifade etmektedir:

- Müşterilerin ürün ve hizmet talebini neler etkilemektedir?
- İşletmenin rakiplerinden daha başarılı olmasının nedenleri nelerdir?
- Rekabette başarılı olabilmek için işletmenin en iyi biçimde yapması gereken faaliyetler nelerdir?
- Üst yönetimin önemli kararlarında hangi faktörler öncelikli olmalıdır?
- İşletmenin en önemli gelir kaynakları nelerdir?

Hudson vd., (2001:1001) literatürde yer alan kritik başarı faktörlerini altı başlık altında toplamıştır. Bu başlıklar kalite, zaman, esneklik, finans, müşteri tatmini ve insan kaynaklarıdır. Bu altı başlık altında yer alan kritik başarı faktörleri Tablo 7’de gösterilmektedir. Bu altı başlık işletmenin tüm çevresini kapsar niteliktedir. Zaman, kalite ve esneklik boyutları işletmenin operasyonel boyutunu, insan kaynakları boyutu ise iş ortamının kültürel özelliklerini kapsamaktadır. Finansal boyut ve müşteri boyutu ise işletmenin hissedarlar, müşteriler ve diğer paydaşlar tarafından nasıl algılandığını kapsamaktadır.

Tablo 7. Performansın Kritik Boyutları

Kalite	Zaman	Esneklik	Finans	Müşteri Tatmini	İnsan Kaynakları
Ürün performansı	Hazırlık zamanı	Üretim etkililiği	Nakit akışı	Pazar payı	İş-gören ilişkileri
Teslimat güvenilirliği	Teslimat güvenilirliği	Kaynak kullanımı	Pazar payı	Servis	İş-gören katılımı
Atık	Süreç çıktı	Hacimsel esneklik	Genel yönetim giderlerinde tasarruf	İmaj	İşgücü
Güvenilirlik	Süreç süresi	Yeni ürün tanıtımı	Stok performansı	Müşterilerle bütünleşme	İşgücü yetenekleri
Yenilik	Üretkenlik	Bilgisayar sistemleri	Maliyet kontrolü	Rekabetçilik	Öğrenme
	Çevrim süresi	Gelecekteki büyüme	Satışlar	Yenilik	İşgücü etkinliği
	Teslimat hızı	Ürün yeniliği	Karlılık	Teslimat güvenilirliği	Çalışma yaşamı kalitesi
	İşgücü verimliliği		Verimlilik		Kaynak kullanımı
	Kaynak kullanımı		Ürün maliyetinde tasarruf		Üretkenlik

Kaynak: Hudson, vd, 2001:1002.

4.3.3.2.2. Temel performans göstergeleri

İngilizce adı Key Performance Indicators (KPI) olan temel performans göstergeleri kritik başarı faktörlerinin gerçekleşme (buradan hareketle de stratejik amaçlara ulaşılma) derecesini tanımlayan ve ölçen göstergelerdir (Parmanter, 2007:3). Temel

performans göstergeleri kritik başarı faktörleri yoluyla işletme stratejisinin kilit öğeleri ile ilişkilendirilir (Thomas, 2007:39).

Balanced Scorecard yaklaşımında yer alan temel performans göstergeleri öncül ve ardıl nitelikli göstergeler aracılığıyla işletmenin iç ve dış çevresine ilişkin kritik başarı faktörlerine ilişkin ölçümler yapmayı amaçlamaktadır (Hernandez vd., 2004:698). Burada göz ardı edilmemesi gereken en önemli unsur ise temel performans göstergelerinin işletme amaçları ile aynı şeyi ifade etmediğidir. İşletme amaçları temel performans göstergelerinden daha kapsamlı olgulardır. Yani amaçlar göstergelere indirgenmemelidir (Niven, 2002:319). Olve vd., (2003:20) uygulamada işletmelerin her bir kritik başarı faktörünü bir temel performans göstergesi ile eşleştirdiğini ifade etmektedir.

Parmenter (2007:5) temel performans göstergelerinin 7 özelliği olduğunu belirtir:

- Para birimi ile ifade edilmezler.
- Sıkça ölçülürler.
- Üst düzey yönetim tarafından dikkate alınıp eyleme geçilmesini sağlarlar.
- Ölçüm tüm çalışanlar tarafından anlaşılabilir ve gerekli durumlarda çalışanlar ne tür müdahaleler gerektiğini bilir.
- Sorumluluğun birey veya takım bazına indirgenmesine izin verir.
- Önemli etkileri vardır (Kritik başarı faktörlerini etkiler ve birden fazla BSC boyutu üzerinde etkilidir).
- Diğer performans ölçütlerini olumlu yönde etkiler.

Kaydos (1999:164-171) başarılı işletmelerin çeşitli kritik başarı faktörleri alanlarına ilişkin olarak kullandıkları performans göstergelerinin kapsamlı bir listesini sunmaktadır. Söz konusu performans göstergeleri Tablo 8’de özetlenmektedir.

Tablo 8. İşletmeler Tarafından Kullanılan Temel Performans Göstergeleri

Kritik Başarı Faktörü Alanı	Temel Performans Göstergeleri
İş Geliştirme	Coğrafi ve demografik yayılımla elde edilen yeni iş miktarı Müşterilerden edinilen sertifikasyon sayısı /sertifikalı tedarikçi olarak elde edilen iş hacmi yüzdesi Kalite artış oranı
Müşteri Tatmini ve Hizmet Kalitesi	Müşteri tatmini anketleri sonuçları Şikâyet sayısı Belirli sürede cevaplanmayan çağrı sayısı Transfer edilen çağrı sayısı Kredi talebi işleme süresi İlk çağrıda çözümlenemeyen şikâyet sayısı İptal edilen sipariş sayısı
İşgücü Gelişimi	Çalışan başına yıllık meslek içi eğitim süresi Sertifika kazanan çalışan sayısı / işgücünün sertifikasyon oranı İşine son verilen çalışan sayısı
İşgücü Tatmini	Tutum anketleri İşgücü devir hızı İşyeri güvenliğine ilişkin veriler (kaza sayısı, kaza nedeniyle kayıp işgünü v.b.)
Çevresel Etki	Birim ürün/ birim gelir/ çalışan başına atık Birim ürün/ birim gelir/ çalışan başına su (veya diğer kıt doğal kaynak) kullanımı Üretilen atıkların geri dönüştürülen yüzdesi
Esneklik	Standart, paylaşılan veya özel parça sayısı (oranı) Farklı süreç yetkinlikleri sayısı Çapraz fonksiyonel yeteneklere sahip çalışan sayısı
Yenilikçilik	Yıl boyunca geliştirilen yeni ürün sayısı Patent başvurusu sayısı Belirli bir yaşın altında teknoloji ile üretilen ürün yüzdesi
Pazar Payı	Satışların sektör satışlarına oranı Satış artış oranının sektör büyüme oranına oranı Kazanılan yeni müşterilerin sayısı
Üretkenlik	Çalışan başına satış Çalışan başına üretilen katma değer Toplam satış hasılatının üretim maliyetlerine oranı
Kalite Algısı	Şikâyet ve takdir sayıları Satılan birim ürün başına teknik destek veya servis maliyeti Hatalar arası ortalama süre
Üretim Süreçlerinin Kalitesi	Kalite maliyeti (defo, garanti, iade maliyetleri) İsraf miktarı (defo, hurda, düşük kapasite kullanımı, boş zaman ,vb.) Verim (istenilen nitelikte üretilen ürünün toplam üretime oranı)
Satış Verimliliği	Satışların satış maliyetlerine oranı Bekleyen siparişlerin üretim miktarına oranı

Kaynak: Kaydos.1999:164-171 den uyarlanmıştır.

Temel performans göstergeleri BSC çerçevesinde farklı işlevleri yerine getirmektedir. Bunlardan ilki kritik başarı faktörlerine ilişkin ilerlemeyi göstermesidir. İkinci işlev ise stratejiye ilişkin sonuçları değerlendirmeye imkan sağlamalarıdır. Temel performans göstergelerinin yerine getirdiği üçüncü ve son işlev ise çalışanların davranışlarını yönlendirmesidir (Frigo 2002).

4.3.4. Strateji haritalaması

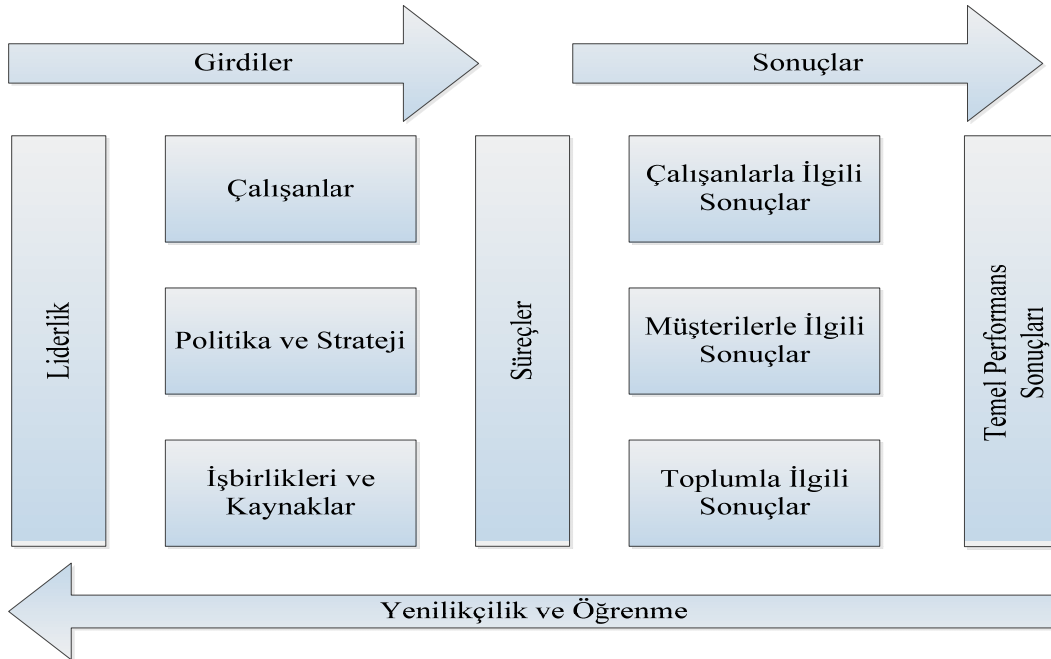
Kaplan ve Norton tarafından geliştirilen strateji haritası adı verilen araç işletmelerin stratejilerini tanımlamalarına ve geliştirmelerine yardımcı olmaya yönelik genel bir çerçeve sunmaktadır. Strateji haritaları şirket stratejisi için kritik başarı faktörlerini ve bunlar arasındaki nedensellik ilişkilerini görsel bir biçimde ayrıntılı olarak sunmaktadır (Kaplan ve Norton, 2001a:90). Strateji haritası aynı zamanda örgütün stratejisine açıklık kazandırır. Kaplan ve Norton (2000:168) strateji haritalarının çalışanlara yaptıkları işin örgütün nihai amaçları ile ilintisinin ne olduğunu açık bir biçimde ifade ettiğini belirtmektedir. Harita işletmenin kritik başarı faktörlerinin neler olduğu ve kurumsal performans üzerinde etkili olan kritik başarı faktörleri arasındaki ilişkiyi basit ve görsel bir biçimde sunmaktadır.

Kaplan ve Norton'a (2000) göre strateji örgütün şimdiki konumundan gelecekte arzu edilen ancak tam olarak belirli olmayan bir konuma hareketini ima eder. İşletme bu gelecekteki konumda daha önce hiç bulunmadığı için oraya giden yol, bir dizi birbirleriyle ilişkili hipotezden oluşmaktadır. Strateji haritası ise söz konusu olan bu nedensellik ilişkilerini tanımlayarak onların açık ve test edilebilir bir formata dönüştürülmesini sağlar. Nedensellik bağları stratejik amaçlara ulaşılması için takip edilen yolu gösterir. Bu bağlar olmadığı zaman BSC bir dizi maddi ve maddi olmayan ölçütten öteye geçemez.

Uygulamada strateji haritaları birkaç işlevi gerçekleştirmektedir. Strateji haritaları stratejik kararlarda neden sonuç ilişkileri ve muhtemel stratejik eylemler hakkında fikir alışverişini destekler. Faaliyetlerin izlenmesine yönelik olarak, ölçümlerin geliştirilmesi ve seçilmesine yardımcı olurlar. Son ve belki de en önemli olarak tamamlanmış bir strateji haritası, stratejileri ve altında yatan mantığı örgüt çapında iletmek için kullanılabilir (Olve, vd. 2003:126).

4.4. EFQM Mükemmellik Modeli

Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) modeli özde bir performans yönetimi modeli olarak tasarlanmamış olmakla beraber performans ölçümü hakkında derin bir anlayış doğuran bilgiler içermektedir. Model Şekil 12’de görülen dokuz bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler; liderlik, politika ve strateji, çalışanlar, işbirlikleri ve kaynaklar, süreçler, müşterilerle ilgili sonuçlar, çalışanlarla ilgili sonuçlar, toplumla ilgili sonuçlar ve temel performans sonuçlarıdır. Modelde girdiler kısmında yer alan unsurlar performans gelişimi için imkan sunan kaynaklar, sonuçlar kısmında yer alan unsurlar ise performans ölçümü yapılacak boyutları göstermektedir (Taticchi ve Balachandran, 2008:146).



Şekil 12. EFQM Mükemmellik Modeli

Kaynak: Morden, 2007:326.

EFQM mükemmelliğın temelini oluşturan birtakım kavramlar olduğu varsayımı üzerine kuruludur. Mükemmelliğe imkan veren bu özellikler sonuç yönelimlilik, müşteri odaklılık, liderlik ve amaç sürekliliği, süreçler ve gerçeklerle yönetim, sürekli öğrenme, yenilik ve iyileştirme, işbirliği geliştirme ve toplumsal sorumluluktur. Bunlar mükemmellik modelinin temel felsefeleri olarak da düşünülebilir. Modelde yer alan dokuz kriter örgütün mükemmelliğe ulaşım derecesini ölçmek için kullanılır. Daha önce de belirtildiği gibi bu dokuz kriterden beşi girdi, dördü ise sonuç kriterleridir.

Liderlik; örgütte liderlerin misyon ve vizyonu nasıl geliştirdikleri ve bu stratejik amaçlara ulaşımı nasıl desteklediklerini ifade etmektedir. Liderler uzun vadeli başarı için gerekli temel değerleri belirlemek, örgütün yönetim sistemlerinin geliştirilmesi ve hayata geçirilmesinden sorumludur. Politika ve strateji; işletmenin misyon ve vizyonun açıkça ortaya konulmuş, paydaş odaklı bir stratejik planın temelinde bulunmalıdır. Burada belirlenen stratejilerle ilgili politika, plan, amaç, hedef ve süreçlerle desteklenmelidir. Çalışanlar; örgütün çalışanlarının tüm potansiyellerini birey, takım ve örgüt düzeyinde açığa çıkartmak, bu potansiyellerine ulaşabilmeleri için uyguladığı insan kaynakları politikalarına işaret eder. İşbirlikleri ve kaynaklar; işletmenin politika ve stratejilerini destekleyecek ve süreçlerini etkili bir biçimde yürütecek dış işbirliklerini ve iç kaynaklarını yönetmesini ifade eder. Süreçler; işletmenin süreçlerini politika ve stratejilerini destekleyecek biçimde tasarlaması, yönetmesi ve iyileştirmesini ifade eder. Bu süreçler müşteriler ve diğer paydaşlar için değer yaratan temel süreçlerdir.

Müşterilerle ilgili sonuçlar; örgütün dış müşterileri ile ilgili olarak başarılarını ifade etmektedir. Çalışanlarla ilgili sonuçlar örgütün çalışanları ile ilgili olarak elde ettiği başarıları ifade eder. Toplumla ilgili sonuçlar işletmenin sosyal çevresi ile ilgili edinimlerini ifade eder. Temel performans sonuçları ise işletmenin planlanan performansına ne düzeyde ulaştığını ifade eder (Morden, 2007:25-27).

4.5. Performans Prizması

Performans prizması performans ölçümü alanındaki son gelişmelerden biri olarak değerlendirilmektedir. Neely vd. (2001) mevcut performans ölçüm sistemlerinin

The diagram illustrates the relationship between the 4Ps (Paydaş Memnuniyeti, Stratejiler, Süreçler, Yetenekler) and the 4Cs (Yatırımcılar, Müşteniler ve Aracılar, Çalışanlar, Düzenleyici Kurumlar, Tedarikçiler). It shows how the 4Ps are derived from the 4Cs and how they interact with each other.

4Ps (Paydaş Memnuniyeti, Stratejiler, Süreçler, Yetenekler):

- Paydaş Memnuniyeti
- Stratejiler
- Süreçler
- Yetenekler

4Cs (Yatırımcılar, Müşteniler ve Aracılar, Çalışanlar, Düzenleyici Kurumlar, Tedarikçiler):

- Yatırımcılar
- Müşteniler ve Aracılar
- Çalışanlar
- Düzenleyici Kurumlar
- Tedarikçiler

The diagram shows that the 4Cs are the foundation for the 4Ps. The 4Ps are derived from the 4Cs and interact with each other. The 4Ps are also derived from the 4Cs, and the 4Cs are the foundation for the 4Ps.

Kaynak: Neely vd., 2001:12.

Performans prizması kritik strateji, süreç ve yeteneklerin bir araya getirilip kısa ve uzun vadede örgütün başarılı olması için gerekli altyapıyı ortaya koyar. Performans prizması yöneticilere diğer performans ölçüm sistemlerine göre daha geniş bir bakış açısı sağlar ve ölçüm sonuçları ile stratejilerin süreç ve yetkinliklere yansıtılmasına imkan sunar. Performans prizması performans ölçüm sisteminin temel odak noktasına paydaşları yerleştiren birçok boyutlu yaklaşımdır. Burada sadece paydaş memnuniyeti değil paydaşların katkıları da kurumsal performansta yer bulur (Gomes vd., 2004).

Şekilde performans prizmasının birbiri ile ilişkili beş yüzeyi olduğu görülmektedir. Prizmanın üst ve alt yüzeyleri paydaş memnuniyeti ve paydaş beklentileridir. Kenar yüzeyler ise stratejiler, süreçler ve yeteneklerden oluşur. Prizmanın ilk yüzü örgüt paydaşlarının kimler olduğunu ve örgütten beklentilerinin neler olduğunu sorar. Performans prizması paydaşları diğer performans ölçüm sistemlerinden daha geniş bir biçimde; yatırımcılar, müşteriler, araçlar, çalışanlar, düzenleyici kurumlar ve tedarikçileri de kapsayacak biçimde tanımlar. Prizmanın ikinci yüzü stratejilere odaklanır. Burada stratejiye yaklaşım da paydaş odaklı bir biçimdedir. Herhangi bir stratejinin varlık nedeni bir veya birkaç paydaş grubu için değer yaratmaktır. Bunun için başlangıç sorusu “paydaşlarım kimlerdir ve bizden beklentileri nedir” olmalı, bunu ise “paydaşlarımızın gereksinimlerinin karşılanması ve memnuniyetlerinin sağlanması için hangi stratejiler gereklidir” şeklinde olacaktır. Süreçler stratejileri uygulamak için gerekli olan süreçleri ifade eder. Burada söz edilen süreçler jenerik iş süreçleridir. Yetkinlikler boyutu çalışanların ve örgütün bilgi ve deneyim doğrultusunda geliştirdikleri iş yapma yetileridir. Bunlar süreçlerin ve stratejileri belirleyen temel unsurdur. Prizmanın son boyutunu oluşturan paydaş katkısı ise işletmenin paydaşlarından hangi kaynakları edineceği ve bu kaynakları edinmek için hangi paydaşlarla nasıl bir ilişki yürütmesi gerektiğini ifade eder (Neely, vd. 2002).

İşletme literatüründe işletme performansını ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş çok sayıda ölçüt ve ölçüm sistemi bulunabilmektedir. Ancak, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri piyasaları farklı özel koşullara sahiptir. Bu ise sağlık kurumlarında performansın tanımı ve ölçümünün bu farklılıkları yansıtır biçimde geliştirilmesini gerektirir.

İkinci Bölüm

Sağlık Hizmetleri, Sağlık Kurumları ve Sağlık Kurumlarında Performans

1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

1.1. Sağlık

Sağlık aslında herkesin ne olduğuna ilişkin birtakım fikirleri olduğu ancak formel biçimde tanımlanması güç bir kavramdır. Sağlığa ilişkin pek çok tanım onu zıttı ile hastalık yokluğu olarak, tanımlar. Hastalık ise bir organizmanın normal işleyişinin dışında bir durum neticesinde sağlığın bozulması şeklinde tanımlanır. Bu tanımlar Türk Dil Kurumu tanımları olmakla beraber pek çok dilde ve konu ile uzmanlık seviyesinde ilgilenmeyen yazında bu biçimde ele alınmaktadır. Kendi zıttı ile değil de kendisinin, aynı zamanda da zıttının, ortaya çıkış biçimi açısından ele alınırsa, sağlık; bir canlının işlevsel ve metabolizmal olarak etkinlik düzeyi biçiminde ifade edilebilir. Mevcut çalışmanın konusu doğrultusunda düşünüldüğünde burada bahsi geçen canlı insan, işlevsel etkinlik insanın farklı organlarının yerine getirmesi gereken işlevleri yerine getirme düzeyi, metabolizmal etkinlik ise canlı bünyesinde meydana gelen kimyasal ve biyolojik değişimlerin düzeyi olarak düşünülebilir. Diğer bir ifadeyle, insanın sağlığı vücudun (organizmanın) işlevlerini olması gerektiği bir biçimde yerine getirebiliyor olması, hastalığı ise vücudun işlevlerini olması gerektiği biçimde yerine getiremiyor olması olarak düşünülebilir.

Sağlığa ilişkin olarak literatürde en sık karşılaşılan tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımıdır. DSÖ 1946 yılında sağlığı geniş anlamda; “sadece hastalık veya zaafiyet yoksunluğundan öte, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal esenlik durumu” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın geçtiği DSÖ kuruluş metninde sağlığın aynı zamanda temel bir insan hakkı olduğu da ifade edilmektedir (Grad, 2002). Çok uzun yıllar önce yapılan ve yaygın bir biçimde karşılaşılan bu tanım belki de bu özelliklerinden dolayı

fazlaca eleştirilmektedir (Breslow, 1972; Callahan, 1973; Saracci, 19997; Larson, 1999; Jadad ve O'Grady, 2008).

DSÖ'nün tanımına ilişkin en temel ve en yaygın eleştiri sağığın bir tam esenlik durumu olarak ele alınmasıdır. Bu eleştiri yapan yazarlara göre sağık dereceli olarak ele alınabilecek bir kavramdır. Tam esenlik yoksunluğu illa "sağıksızlık" olarak düşünülmemelidir. Sağık ve sağık eksikliği olan hastalık, dereceler ve düzeyler biçiminde tasavvur edilmelidir. Callahan (1973:87) belirli düzeyde bir hastalık ve zafiyetin zihinsel ve sosyal esenliğe engel olmaksızın var olabileceğini, hatta fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam esenlik durumunun, şayet var olabilecekse, ancak geçici bir durum olacağını ifade etmektedir. Smith (2008) DSÖ tanımının "pek çoğumuzu çoğu zaman sağıksız bırakacak, saçma bir tanım" olarak nitelendirerek tanımdaki tam esenlik durumunu eleştirmektedir.

Saracci (1997) DSÖ tanımında vurguda bulunulan fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam esenlik durumunun bir canlının sıhhatinden çok mutluluğuna ilişkin bir tanıma benzediğini belirtir. Esenlik ve mutluluk ise farklı yaşam deneyimleridir ve bunlar arasında sabit ve belirli bir ilişki yoktur. Sağıksız ve mutlu bir insan olabileceği gibi sağıklı ve mutsuz bir insan da pekâlâ olabilir. Dolayısıyla sağık kavramını tanımlarken bunu mutlulukla eşanlaştıracabilecek bir yaklaşım bireyde ve toplumda sağık ve mutluluk olgularını ortaya çıkaracak, geliştirecek ve koruyacak mekanizmalar birbirlerinden farklı oldukları için olumsuz birtakım sonuçları beraberinde getirebilecektir. DSÖ tanımında yer alan tam sosyal esenlik unsuruna ilişkin Callahan (1973:80) tarafından da benzer bir eleştiri getirilmekte; fiziksel ve zihinsel esenlik yoksunluğunun giderilmesi için bilimsel metotlar geliştirilmiş olmasına karşın sosyal esenlik ile fazlaca alakalı olan, mutluluğun hayli sübjektif bir kavram olduğu ve bunun yoksunluğuna yönelik bilimsel, en azından sağık ile birinci derecede ilgili bilim alanı olarak tıp biliminde, yaklaşım veya yöntemler olmadığı ifade edilmektedir.

Sağık ve mutluluk arasındaki ayrımın net bir biçimde yapılmayışı Saracci'ye (1997) göre dört önemli sonuç doğurur. Bunlardan ilki mutluluğa ilişkin herhangi bir aksaklığın, ne kadar küçük olursa olsun bir sağık sorunu olarak algılanmasına neden olacağıdır. İkinci sonuç, mutluluk arayışı, tanımı gereği sınırsız olacağı için bu sağık arayışının da sınırsız bir hal almasına neden olarak sağık hizmetlerine yönelik sonsuz

bir talep yaratacaktır. Mutluluk arayışında toplumsal kabul gören sanat, din gibi unsurların yanında tıp da yer alarak sağlık hakkı ile haz arayışı arasındaki sınır bulanıklaşabilecektir. Üçüncü önemli sonuç ise mutluluğun temel bir hak olan sağlık kavramına eklenmesi, mutluluğun veya mutsuzluğun bir bireysel tercih olmaktan çıkarılmasıdır. Dördüncü ve en önemli sonuç ise kaynakların, ulaşılması imkânsız olan, her yurttaşın mutluluğunun güvence altına alınması hedefine yönlendirilmesinin, nispeten ulaşılabilir olan sağlıkta eşitlik ve adalet hedefinin gerçekleştirilmesini engelleyecek olmasıdır.

Jadad ve O'Grady (2008) sağlık kavramının tanımlanmasının güçlüğüne dikkat çektikten sonra bu yönde girişilecek çabaların sonuçsuz kalacağını ve sağlığın da güzellik gibi izafî bir kavram olduğuna değinmektedir. Sağlığın toplumun kısıtlı kaynakları ile sağlayabileceği hizmetler doğrultusunda kavramsallaştırılması, bu hizmetlere yönelik beklentilerin ve umutların da bu kısıtlı kaynaklar doğrultusunda şekillendirilmesi gereksinimine dikkat çekmektedir. Diğer bir deyişle fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam esenlik durumunun sağlanması sınırlı kaynaklar ile mümkün olamayacağı için sağlığın kavramsallaştırılması eldeki kaynaklar ile sağlanabilecek esenlik düzeyini yansıtır bir biçimde olmalıdır.

Larson (1999) sağlığın kavramsallaştırılması üzerine yaptığı incelemesinde farklı sağlık tanımlarında etkili olan dört model olduğunu belirtir. Bu modeller; Tıbbi Model, DSÖ Modeli, İyilik Modeli ve Çevresel Model olarak adlandırılmaktadır.

Tıbbi model (Larson, 1999: 124-126) DSÖ tanımında yer alan “hastalık veya zafiyet yoksunluğu” ifadesini yansıtan bir kavramsallaştırma içerir. Tıbbi model hastalık algısı (illness), hastalık (disease) ve sağlık durumları arasında belirgin bir ayrım yapar. Hastalık vücudun yapısı veya işleyişinin bozulduğu bir durum iken hastalık algısı (illness²) bireyin bir hastalıktan muzdarip olduğu hissine sahip olmasıdır. Sağlık ise tanımlanması güç olan, ancak mutlak olarak değil göreceli olarak ele alınması gereken bir kavramdır. Farklı bir biçimde ifade edilirse; hastalık algısı bireylerin algıladığı hastalık, hastalık ise tıpçıların nozolojik entite olarak adlandırdığı şeydir. Tıbbi model

² Bu kelimenin Türkçe karşılığı bulunmamakta, sözlüklerde sunulan tanım hastalık veya hastalığın eşanlamlılarından olan maraz, sayrılık veya illet olarak verilmektedir.

ruhsal ve psikiyatrik bozukluklara uyarlanamayışı, önleyici tıbbi ehemmiyetsizleştirdiği, hastalıkların sosyal nedenleri ve hastalıkların tanımlanmasında toplumsal faktörleri göz ardı ettiği için eleştirilmektedir.

Larson (1999: 126-128) DSÖ'nün sağlık tanımının müstakil bir tanım modeli olarak ele alınacak kadar yaygın bir kullanım alanı bulduğunu ifade eder ve bütüncül bir model olduğunu belirtir. Yukarıda kapsamlı biçimde ele alınan bu tanım tıp alanında bireylerin toplumsal davranış ve etkileşimlerden etkilenen sosyal varlıklar olarak ele alınmasını sağlamıştır. Gerçekten de kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığının, içinde bulunduğu bağlam tarafından tayin edilmese de etkilendiği yadsınmamalıdır. Ancak sağlık olgusunun tam sosyal esenlik ile ilişkilendirilmesine yönelik eleştiriler ve bu ilişkilendirmenin neden olduğu sorunlara yukarıda yer verilmiştir. Tüm bu eleştirilere rağmen DSÖ tanımı dünya çapında en yaygın biçimde kullanılan ve belki de en kapsamlı sağlık tanımıdır.

İyilik modeli düşüncenin en küçük fiziksel süreci bile etkilediğini varsayar ve düşünce gücü ile sağlık düzeyinin iyileştirilebileceği hatta arttırılabileceğini ifade eder. Bu modele göre sağlıklılık insanların yaşadığı veya yaşamadığı bir iç deneyim veya duygudur. Diğer bir deyişle sağlık yaratıcı, üretken ve dolu dolu bir yaşam için gerekli olan optimal kişisel zindelik düzeyi, sağlıklılık durumu ise, kişinin hastalığın üstesinden gelmek için gerekli güç ve yeteneğe sahip olmasıdır. Hastalık olmaması durumunda bile sağlıksızlık durumu var olabilir veya düşük düzeyde hastalık durumunda dahi sağlıklılık durumu yaşanabilir. İyilik modeli hastalık ve sağlık deneyimlerinin manevi boyutu üzerinde odaklanır. Bu modele göre hastalıkların büyük çoğunluğu vücut tarafından iyileştirilir ve bu iyileşme süreci kişinin hissiyatı, enerjisi ve stresten uzaklığı tarafından etkilenir. İyilik modeli sağlık ve sağlık hizmetlerinde alternatif tıp olarak adlandırılan yaklaşımlara yer verir (Larson, 1999: 128-131).

Larson'ın sınıflandırmasındaki dördüncü model çevresel modeldir. Bu model yaşam ve sağlık olgularının organizmanın çevre ile uyumu ile yakından ilişkili olduğu varsayımına dayalıdır. Pek çok yaygın hastalık strese uyum tepkilerinde hatalardan kaynaklandığı için, çevre ile uyum iyi bir düzeyde gerçekleşirse stres ve bunun sonucunda ortaya çıkan hastalıklar büyük oranda azaltılır. Diğer bir ifadeyle sağlık bireyin çevresi ile geliştirdiği uyumlu ilişkinin sonucunda ortaya çıkan bir durumdur.

Çevre ile başarılı uyum ve etkileşim sonucu ortaya çıkan sağlık durumu bireyin başarılı bir biçimde büyümesi, gelişmesi ve çevrenin gerektirdiği faaliyetleri yerine getirebilmesidir. Hastalık ise çevre ile başarısız ve uyumsuz etkileşim sonucunda ortaya çıkan, kişinin gerekli faaliyetleri yerine getirmesini engelleyecek bir durumdur.

Bu dört modelde sunulan yaklaşımları birbirlerinin alternatifi olarak değil, tamamlayıcısı olarak ele almak daha doğru olacaktır. Modeller tanımları gereği karmaşık olguları basitleştirerek anlaşılır kılmayı amaçlayan araçlardır. Bu modellerin de her birinin sağlık kavramını ele alışı, kavramı anlaşılır düzeyde basit tutacak biçimdedir. Sağlığın nasıl kavramsallaştırıldığı, nasıl ölçüldüğünü de tayin eder. Gerçekle aynı düzeyde karmaşık bir kavramsallaştırma çok farklı boyutlarda, çok farklı sayıda ölçeği gerekli kılacakken aşırı basitleştirme de ölçümü anlamsızlaştıracaktır. Dolayısıyla sağlığın kavramsallaştırılması onun anlamlı bir düzeyde ölçülebilir olmasına imkân vermelidir.

Sağlık veya sağlıksızlık düzeylerle ifade edilebilen bir olgudur. Tam sağlık durumu idealize edilen bir durum olabilir; ancak gerçekleşmesi oldukça güç, en iyi ihtimalle geçici bir durum olacaktır. Benzer bir biçimde tam sağlıksızlık da zaten ölüm ile aynı şeydir. Sağlık düzeyleri arasında geçişler, bireyin fiziksel, zihinsel veya sosyal durumunda iyileşmeler veya kötüleşmeler doğrultusunda gerçekleşebilecektir. Yine öncelikli olarak tıp olmak üzere, farklı bilim dallarının inceleme alanında yer alan birtakım müdahaleler ile sağlık durumunda değişimler etkilenebilecektir.

DSÖ³'ne göre insan sağlığı çok sayıda faktörün etkileşimi tarafından etkilenen bir olgudur. İnsanların sağlıklı olup olmamaları içinde yaşadıkları durum ve çevreleri tarafından tayin olur. Yaşanan yer, çevrenin durumu, kalıtım, gelir ve eğitim düzeyinin yanı sıra sosyal etkileşimler sağlık üzerinde kayda değer etkiye sahipken sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanma daha az etkiye sahiptir. Bu yaklaşım sağlığın yitirilmeden korunması ve geliştirilmesi ile tutarlıdır. Yani sağlık yoksunluğu durumundan bağımsız olarak sağlığın muhafaza edilmesi ve geliştirilmesi bu faktörler üzerinde yapılacak iyileştirmeler ile mümkün olacaktır. Tabi bu bağlamda ele alındığında sağlığın korunması ve geliştirilmesi farklı politika alanlarının konusu halini

³<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html>(Erişim tarihi, 06.12.2011)

almaktadır. Toplumsal yaşamın tüm alanları ve devlet olgusunun politika ürettiği tüm alanlar bir biçimde insan sağlığı ile ilişkili olarak düşünülebilir.

Daha dar ve odaklı bir biçimde ele alındığında ise sağlığın iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesine yönelik birtakım faaliyetler tanımlanabilmektedir. Bu faaliyetlere kısaca sağlık hizmetleri adı verilir.

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri basitçe beden ve zihin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi ile ilgili faaliyetlerden oluşur (Berger, 2008:4). Sağlık hizmetleri sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların ortaya çıkması ve yayılmasının önlenmesi, hastalanmış olanların hastalıklarına yönelik olarak tanı ve tedavi faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi, sakatlıkların önlenmesi, sakatlanmış olanlara tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmeti sunulması ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesi için sunulan hizmetlerin tümünden oluşur (Tengilimoğlu, vd., 2009:38). Basitleştirilmiş bir biçimde ele alındığında ise sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilir (Sayım, 2009:256).

Ülkemizde sağlık hizmetlerine yönelik resmi tanımlama 1961 tarihli, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da yapılmaktadır. Kanunun ikinci maddesi sağlık hizmetlerini: “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlar (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Madde 2. Paragraf 2).

Yukarıdaki kanunda yapılan tanımlamada dikkat çekici önemli nokta sağlık hizmetlerinin sayılan amaçlar doğrultusunda gerçekleştirilen tıbbi faaliyetler olarak ele alınmasıdır. Halbuki aynı kanun maddesinin birinci paragrafı sağlık kavramını tanımlarken DSÖ tanımını esas alarak sağlığı; “yalnız hastalık veya maluliyetin yokluğu” değil “bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlar (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Madde 2. Paragraf 1).

Buradaki ayırım DSÖ sağlık tanımına kapsam açısından yapılan eleştiriler göz önünde bulundurulduğunda önemlidir. DSÖ tanımlı esas alındığında özellikle “sosyal olarak tam iyilik” halinin muallklığı ve ulaşma glğ ortaya çıkan en önemli sorunlardan birisidir. Sosyal olarak tam iyilik halinin kapsadığı değişkenler, sağlık bilimlerinin kapsamını aşarak pek çok sosyal bilimin inceleme alanlarına girmektedir. Bu aynı zamanda sosyal olarak tam iyiliğin sağlık politikası konusu olmaktan çıkararak sosyal ve ekonomik politikaların tümünün konusu haline gelmesine neden olmaktadır ki bu da en azından sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık sistemleri ve sağlık politikalarına yönelik inceleme ve araştırmaların kapsamını ve karmaşıklığını etkiler. Nitekim sosyal yönden tam iyilik hali bir noktada toplumsal görecelik içermeye başlamaktadır. Toplumsal bağlam doğrultusunda bunun tesisi gelir düzeyi ve dağılımı, hava ve su temizliği, kentleşme gibi faktörlerden etkilendiği gibi, uç bir noktada kabile büyücüsü ile ilişkiler, mensubu olunan tarikatın özellikleri gibi, aslında bir pozitif bilim olan tıp ile ilişkisiz pek çok konuyu da içermektedir. Benzer sorunlar sağlık hizmetleri kapsamına alınan farklı hususlarda da ortaya çıkmaktadır. Örneğin, yaralanma ve sakatlanmalarda önemli bir paya sahip olan ulaştırma kazalarının önlenmesi veya ulaştırma araçlarının güvenliğinin arttırılması yönündeki faaliyetler sağlık hizmeti olarak ele alınılabilir mi? Veya kişinin diyet ve egzersiz yoluyla sağlığını geliştirmesi sağlık hizmeti midir? Spor ve egzersiz sağlık hizmeti olarak ele alındığında yaralanma ve ölüm riski içeren sporların durumu ne olmaktadır?

Dolayısıyla yukarda aktarılan kanunda yer alan “tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” ifadesi sağlık hizmetlerine ilişkin bir sınırlandırma getirmektedir. Bu sınırlandırma olmaksızın değerlendirildiğinde sağlık hizmetleri kapsam açısından çok geniş hatta sonsuz olmaktadır. Tıbbi cihazların kurulum ve bakımı, tıbbi ekipmanların ve ilaçların pazarlanması, sağlık ödeme hizmetleri vb. pek çok faaliyet ancak böylece sınırlandırılmış bir tanımla sağlık hizmetleri dışında kalabilmektedir.

Sağlık hizmetlerini farklı bir açıdan, sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşların sunduğu hizmetler açısından da değerlendirmek mümkün olmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları; koruyucu, tanı, tedavi, rehabilitasyon, koruyucu bakım ve palyatif bakım gibi tıbbi hizmetleri sunar (McDaniel vd., 2008:182). Sağlık hizmetleri sunumu farklı sahalarda uzmanlaşmış eğitim almış profesyoneller tarafından gerçekleştirilir. Bu uzmanların

eğitim sahaları tıp, dişçilik, kiroprakti, psikiyatri, hemşirelik, eczacılık ve benzeri farklı sahaları kapsar.

1.2.1. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerine yönelik; sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, ortaya çıkan fonksiyon eksikliklerine yönelik rehabilitasyon ve sağlık düzeyinin geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin tümü şeklinde yapılan tanım aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasının temelini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri; koruyucu hizmetler, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler olarak sınıflandırılabilir. Sunulan sağlık hizmetinin türüne yönelik bu ve benzeri sınıflandırmalar literatürde sıkça rastlanan bir tasnif biçimidir (Savage vd., 2011:19; Tengilimoğlu vd., 2009:44, Kavuncubaşı, 2007:27, Harrison, 2010:133; Lemmens vd., 2006:167; Evashwick, 2009:229). Farklı tasnifler arasındaki temel farklılıklar hizmet türlerinin sayısı eksenindedir.

1.2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık ve sakatlanmaları oluşmadan önlemeye yönelik faaliyetlerdir (Harrison, 2010:76). Hastalık ve sakatlıkların oluşmadan önlenmesi insanların içinde yaşadığı çevreye ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile gerçekleştirilir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; hava ve su temizliği, katı atık kontrolü, zararlılarla mücadele, iş sağlığı gibi farklı konuları kapsar (Tengilimoğlu vd., 2009:46; Kavuncubaşı, 2007:28).

Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri ise bireyin hastalıklardan korunması ve mevcut olan bir hastalığın erken teşhis ve tedavisini sağlamaya yönelik faaliyetleri içerir. Bu faaliyetlerin başında kişinin kendi ve çevresinin sağlığı hakkında eğitilmesi gelir. Koruyucu hizmetler kapsamında değerlendirilen diğer sağlık hizmetleri arasında, sağlık taramaları, erken tanı ve teşhis hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşılama, ilaçla koruma, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması yer alır (Tengilimoğlu vd., 2009:46; Kavuncubaşı, 2007: 28; Dilon, 2009:950-951).

Koruyucu sağlık hizmetleri en az maliyetle en fazla sağlık etkisi yaratan sağlık hizmetleri olarak ön plana çıkar. Bu maliyet etkinliğinin altında yatan en temel neden

bireyin sağlık hizmeti üretimine ve sunumuna katkısını sağlamasıdır. Tedavi edici veya rehabilite edici sağlık hizmetlerine göre uzmanlaşmış personel, tıbbi teknoloji ve kurumsal ortam gereksinimi daha düşüktür. Koruyucu sağlık hizmetleri üretiminde kaynak verimliliği de hayli yüksektir. Diğer sağlık hizmetlerinde hizmet üretimi kişiye ve hastalığa özel olduğu için çok daha fazla kaynak gerektirirken, koruyucu sağlık hizmetleri genelde kitleseldir ve diğer sağlık hizmetlerine nazaran daha fazla ölçek ekonomisi içermektedir. Diğer bir taraftan da koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenebilecek pek çok hastalık çok yüksek tedavi maliyetlerine sahiptir. Bu da koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici hizmetlerden çok daha maliyet etkin olmasını sağlamaktadır (Dilon, 2009:252).

1.2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık düzeyinde bir hastalık sonucu düşüş yaşıyan bireyin sağlığının eski düzeyine ulaştırılmasını amaçlayan sağlık hizmetlerini kapsar. Tedavi edici hizmetler hekim önderliğinde, diğer sağlık personelinin de katılımıyla gerçekleştirilir (Tengilimoğluvd, 2009:47). Tedavi edici hizmetler temel olarak tanı ve tedavi olarak iki aşamada gerçekleşir. Tanı aşaması tedavi gerektiren hastalığın ne olduğunun tayin edilerek nasıl bir tedavi uygulanacağının belirlenmesini kapsarken, tedavi hastalığa aktif müdahaleyi içerir. Tanı aşamasında laboratuvar analizleri ve tıbbi görüntüleme gibi teknolojilerden yararlanmakta tedavi ise dahili tıp (ilaçla vb. tedavi) veya cerrahi müdahale ile gerçekleştirilmektedir.

Tedavi edici hizmetler muayenehane veya sağlık ocağında ayakta tedaviden, eğitim-araştırma hastanelerinde ameliyat ve yoğun bakıma kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. Bu hizmetler farklı düzeyde kurumsal ortamlarda sunulabilmektedir. Tedavi hizmetleri ve bu hizmetleri gerçekleştiren kurumlar hizmet kapsamı ve hizmet yoğunlukları açısından üçe ayrılır. Bunlar birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri genelde fazlaca uzmanlık veya teknoloji gerektirmeyen tedavi faaliyetlerini kapsar. Bu tedaviler çoğu durumda ayakta tedavi olarak gerçekleştirilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının teknik donanımları uzman düzeyinde tıbbi müdahaleleri destekleyebilecek düzeyde değildir (Kavuncubaşı

2007:32, Tengilimoğlu vd., 2009:48; Starfield, 2009:953). Birinci basamak sağlık hizmetleri; aile hekimleri, diş doktorları, eczacılar, hemşireler ve optisyenler gibi çok farklı sağlık personeli aracılığıyla sunulur (Benson, 2006:55).

İkinci basamak sağlık hizmetleri uzmanlık ve tıbbi teknoloji gereksinimi daha yüksek tedavi hizmetlerini kapsar. İkinci basamak sağlık hizmeti pek çok ülkede hastane temelli sağlık hizmeti olarak tasarlanmıştır. İkinci basamak sağlık hizmetleri çoğu durumda birinci basamak sağlık hizmetinin sunumunun ardından gerek görüldüğü üzere verilen hizmettir. Buna örnek olarak acil serviste stabilizasyon sonrası ilgili bölümlere sevk veya birinci basamak sağlık kuruluşunda pratisyen hekim tarafından daha detaylı tanı ve tedavi hizmeti için hastaneye sevk verilebilir. İkinci basamak sağlık hizmetleri hastalıkların teşhisi, ayakta tedavi veya yatarak tedavi şeklinde olabilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009:48; Benson, 2006:55). İkinci basamak sağlık hizmeti sunan en tipik kurum, ülkemizde devlet hastanesi olarak adlandırılan genel hastanelerdir. Bu tür kurumlar birinci basamak kuruluşlara göre daha büyük bir nüfus kitlesine hizmet sunar.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, ileri derecede uzmanlık ve yoğun teknoloji içeren sağlık hizmetleridir (Tengilimoğlu vd., 2009:48). Bu tür sağlık hizmetleri genellikle çok ileri düzey teşhis teknikleri, karmaşık, çok aşamalı tedavi veya aşırı düzeyde uzmanlaşmış cerrahi müdahale gerektiren vakalarda kullanılır. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle uzmanlık eğitiminin de verildiği akademik ortamlarda ve çok ileri düzeyde uzmanlaşmış sağlık kuruluşlarında verilir (Schulte, 2009:32). Bu tür sağlık kurumlarına örnek olarak tıp fakültesi hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ve onkoloji hastaneleri verilebilir.

Hastalık teşhis ve tedavisine yönelik sağlık hizmetlerinin sunumundan sonra hastalık durumunun ortadan kalkması beklenir. Ancak bazı hastalıklarda veya sakatlanma ile sonuçlanan kazalarda tam iyileşme, yani fonksiyon düzeyinin eski haline gelmesi çok uzun bir süreci gerektirmekte veya mümkün olmamaktadır. Böyle durumlarda bireyin hastalığın uzun dönemli ve kalıcı etkisine veya sakatlığa rağmen fiziksel yetilerini geri kazanarak gündelik yaşamlarını başkalarına bağımlı olmaksızın katılması için gerekli olan sağlık hizmetleri, yani rehabilitasyon hizmetleri sunulur.

1.2.1.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri hastalık veya kaza sonucu yeti kaybı yaşayan hastalara yönelik olarak fiziksel, mesleki veya konuşma ile ilgili tedavi sunumudur. Rehabilitasyon hastalık veya yaralanmaya yönelik müdahale yapıldıktan sonra hastanın en iyi düzeyde fiziksel zihinsel ve sosyal fonksiyonlarını geri kazandırılmasına yönelik olarak sunulan uzmanlaşmış tedavidir (Schulte, 2009:45-46). Rehabilitasyon hizmetleri hastaların olabilecek en yüksek işlev düzeyini kazandırılması amacıyla tıbbi, sosyal, mesleki ve eğitimsel tedbirler ve eğitimler şeklinde sunulur (Joint Commission International, 2008:237-238).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre rehabilitasyon merkezleri, organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile, kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum ve servisler olarak tanımlanır (Kavuncubaşı, 2007:36). Her ne kadar yatan hastalara yönelik rehabilitasyon hizmeti veren hastaneler olsa da genelde rehabilitasyon günlük, ayakta tedavi şeklinde, donanım ve personel açısından rehabilitasyon hizmetlerine göre uyarlanmış tedavi merkezlerinde gerçekleştirilir (Schulte, 2009:46).

Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır. Tıbbi rehabilitasyon bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, tam iyileşme sağlanamaması durumunda yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Fizik tedavi veya ortopedik protezlerin takılması ve kullanımının sağlanması tıbbi rehabilitasyon örnekleri olarak verilebilir. Sosyal rehabilitasyon kalıcı sakatlığı veya fiziksel engeli bulunan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarının yardımına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla verilen işe uyum sağlama veya meslek edindirme eğitimleri ve iş bulma gibi faaliyetleri kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009:48-49).

1.2.1.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlıklı bireylerin ve genel anlamda toplumun sağlık düzeyini artırma, hastalık risk faktörlerini azaltma veya ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir (Tulchinsky ve Varavikova, 2009:41). Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin

temel amacı bireyin yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktır (Tengilimoğlu vd., 2009:49).

Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan bir çalışmaya göre; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetleri kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil etmektedir. Bu süreçte sadece bireylerin beceri ve kapasitelerinin arttırılmasına yönelik eylemler değil, sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik eylemler de yer alır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabalarının sürdürülmesinde bireylerin ve farklı sosyal aktörlerin katılımı esastır (Sağlık Bakanlığı, 2011a:1).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile koruyucu hizmetler birbirine ile çok yakındır. Aralarındaki temel farklılık koruyucu hizmetlerin hastalığı önlemeye yönelik sağlık hizmetlerini kapsamasıdır. Diğer bir ifadeyle, koruyucu hizmetler hastalığa neden olması muhtemel risk faktörlerine yönelik olarak kişiyi koruma altına alacak tıbbi müdahale (aşılama vs.) veya eğitimi verir. Sağlığın geliştirilmesi hizmeti ise çok daha uzun vadeli, kişinin hastalık riski doğrultusunda değil yaşam kalitesi ve yaşam süresi odaklı olarak eğitilmesi ve gerekli davranışlar kazandırılmasıdır. Sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık hizmeti sunumunda birey birinci derecede sorumlu ve katılımcıdır. Sağlığın geliştirilmesi, kişinin zararlı alışkanlık ve yaşam tarzlarından uzak tutularak, sağlığı için faydalı davranış ve yaşam tarzına yönlendirilmesi yoluyla gerçekleştirilir (Tulchinsky ve Varavikova, 2009:41; Aday vd., 2004:95-96).

Mooney (2003:42) tarafından aktarılan bir araştırma farklı sağlık hizmetlerinin etkinliği hakkında şaşırtıcı birtakım ipuçları sunmaktadır. Söz konusu çalışma, farklı sağlık hizmetleri sınıflarında yer alan 587 farklı hayat kurtarıcı müdahalenin maliyet etkinliğini belirlemeye yönelik olarak, 1993 yılında ABD de gerçekleştirilmiştir. Burada yer alan müdahaleler, Tıbbi, Konut, Ulaşım, Mesleki ve Çevresel olarak sınıflandırılmaktadır. Tıbbi müdahaleler koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri kapsarken diğer müdahale sınıfları sağlığın geliştirilmesi hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Bu hayat kurtarıcı müdahaleler ile sağlanan 1 yıllık yaşam artışının medyan maliyeti ise; tıbbi müdahaleler için 19 bin, konutla ilgili müdahaleler için 36 bin, ulaşım ile ilgili müdahaleler için 56 bin, mesleki müdahaleler için 350 bin, çevresel müdahaleler için ise 4.2 milyon dolar düzeyinde gerçekleşmektedir. Bu sonuçlar

doğrultusunda maliyet açısından en etkili sağlık hizmetlerinin tıbbi hizmetler olduğu, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin ise sağladığı fayda açısından maliyetinin çok daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Ancak burada da göz önünde bulundurulması gereken en önemli unsur, tıbbi müdahalelerin büyük oranda kişisel olmasına karşın diğer müdahale türlerinin bireylere değil topluma yönelik müdahale türleri olmasıdır. Şöyle ki, tıbbi hizmet ile sağlanan düşük maliyetli ek yaşam yılı bir birey için geçerli iken daha yüksek maliyetli müdahalelerle elde edilen ek yaşam yılı daha büyük kitleler için geçerli olmaktadır. Diğer bir ifadeyle sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin yaydığı pozitif dışsallıklar daha fazladır ve sağlığın geliştirilmesi daha fazla ölçek ekonomisine imkan verir. Zira, en pahalı müdahale türü olan çevresel müdahaleden o çevrede yaşayan tüm nüfus faydalanırken, tıbbi müdahaleden sadece birey yararlanmaktadır.

1.2.2. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlık hizmetleri adından da anlaşılacağı üzere bir malın değil hizmetin üretilmesini kapsar. Dolayısıyla mal ve hizmet arasında yapılan geleneksel ayrım sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Mal ve hizmet arasındaki farklar; hizmetlerin soyut oluşu, hizmetlerin kaynağından ayrılamaması, hizmet kalitesi değişkendir ve ancak deneyimle ortaya çıkar, son olarak ise hizmetlerin üretimi ve tüketimi eşanlıdır, yani hizmetler depolanamaz. Temel hizmet özelliklerini tanım gereği taşıyan sağlık hizmetlerinin sahip olduğu birtakım özellikler, onları diğer mal ve hizmetlerden ayırtarak sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde birtakım özel piyasa koşullarını ortaya çıkarmaktadır.

Santerre ve Neun (2010:41-42) sağlık hizmetlerinin dört özelliği olarak; maddi olmayış (intangibility), üretim ve tüketiminin ayrılamazlığı (inseparability), üretimin daha sonra tüketilmek üzere depolanamaması (inventory) ve sağlık hizmetlerinin mukayese edilemezliğinden (inconsistency) bahseder. Bu sınıflandırma hizmetlerin temel ayırt edici özelliklerini yansıtmakta, sağlık hizmetlerinin mukayese edilemezliği ise farklı sağlık hizmeti sunumlarının birbirleri ile mukayese edilemeyecek derecede farklı (eşsiz) olduğunu ifade etmektedir. Bu esasen hizmet kalitesinin değişkenliği ve ancak deneyimlenerek ortaya çıkarılabileceği ile ifade edilen özellikle aynı sonucu doğurmaktadır.

Odabaşı (2008:31-32) sağlık hizmetlerinin özelliklerini tüketicinin bilgi yetersizliği ve karar vermede hekimin rolü, irrasyonel tüketici davranışı, tıp mesleğinin kuralları, ürün ve kalite belirsizliği ve dış etkenler çerçevesinde ele almaktadır. Tengilimoğlu vd. (2009:39-41), sağlık hizmetlerinin özelliklerini tüketiminin rastsallığı, ikame edilemezliği, ertelenemezliği, karar vermede hekimin rolü, irrasyonel tüketici davranışları, kalite ve tatmin belirsizliği, kamusal mal niteliği ve çıktısının paraya çevrilemezliği çerçevesinde ele alır. Aktan ve Işık (2007a) ise Tengilimoğlu vd. (2009) tarafından belirtilen özellikleri sıraladıktan sonra bunlara sağlık hizmetlerinin bedelinin pazarlığa tabi olmayışı ve sağlık hizmeti fiyatlarının gerçek maliyetleri yansıtmayabileceğini eklemektedir.

Diğer taraftan, Sayım (2009:256-264) sağlık hizmetlerinin özelliklerini yaydığı dışsallıklar, kamu malı oluşu, erdemli mal oluşu, üretim miktarı ve şeklinin düzenlenmiş olması, bilgi asimetrisi, belirsizlik altında seçim, tüketimin rastsallığı, tüketim seviyesinde üst sınırların bulunması açısından ele almaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasa yapısına ilişkin olarak ise, Odabaşı (2008:30) sağlık hizmetleri talebi odaklı bir yaklaşım sergilerken, Sayım (2009:264-268) daha iktisat temelli bir yaklaşım ile piyasa yapısını mal ve hizmetlerin homojenliği, piyasaya giriş çıkış serbestisi, piyasada bilgi eşitliği ile alıcı ve satıcıların miktarı açısından değerlendirmektedir. Hurley (2000:67-87) sağlık hizmetlerinin piyasa yapısını talep yapısı, dışsallıklar, bilgi asimetrisi ve belirsizlik açısından değerlendirir. McGuire (2000:468-520) sağlık hizmetlerinin hekim tarafından sunumu odaklı bir yaklaşım çerçevesinde sağlık piyasasında hekimlik hizmeti arz ve talebini değerlendirmekte, bilgi asimetrisi, belirsizlik ve uyarılmış talep özellikleri üzerinde durmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini pek çok açıdan incelemek mümkündür. Ancak sağlık hizmetleri sunumu gerçekleştiren kurumlarda performans yönetiminin genel anlamda işletmelerde performans yönetiminden farklı bir konu olarak analiz edilmesi, sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştiği piyasanın farklı olduğunu ima eder. Zaten bu farklılıklar sağlık hizmetlerinde performansın ve performans yönetiminin nasıl ve neden farklı olduğunu ortaya koymak açısından da kilit öneme sahiptir.

1.2.2.1. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç ve talep

Sağlık hizmetlerine ilişkin ihtiyaç ve talep konusunda öncelikli olarak bilinmesi ve akılda tutulması gereken husus sağlık hizmetleri talebinin bir türev talep oluşudur (Mooney, 2003:19-20; Hurley, 2000:68; Clarke, 2011:339, Jones vd., 2206:17; Santerre ve Neun, 2010:113). Bireyin talebi sağlık hizmetine değil, sağlık hizmeti tüketimi sonucu elde etmeyi umduğu sağlığadır. Diğer bir ifade ile sağlık hizmeti sağlık elde etmek amacıyla tüketilir. Dolayısıyla sağlık hizmetine biçilen değer de sağlığa biçilen değerle orantılıdır. Yaşanılan sağlık sorununun derecesi ihtiyaç duyulan ve talep edilen sağlık hizmetinin de belirleyicisidir.

Sağlık hizmetlerinde kaynak ve hizmet tahsisinden bahsederken iki önemli kavramla karşılaşılmaktadır. Bunlar sağlık hizmetine ihtiyaç ve sağlık hizmeti talebidir. Sağlık hizmetleri açısından ihtiyaç bir bireyin sağlığının sağlık hizmeti neticesinde daha iyi bir düzeye ulaşacağı durumdur. Dolayısıyla sağlık profesyonellerinin etkili olacağını öngördüğü ve hastanın da sonucunu değerli gördüğü sağlık hizmetleri için ihtiyaçtan söz edilebilir (Aday vd, 2004:129). Bunu örneklemek için isteğe bağlı olarak da alınabilen sağlık hizmetleri uygun olacaktır. Bir kaza veya deformasyon nedeniyle rekonstrüktif cerrahi hizmeti bir sağlık hizmeti ihtiyacı iken, estetik kaygılarla aynı hizmetin alınması bir sağlık hizmeti ihtiyacı değildir.

Sağlık hizmeti talebi ise bireyin bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu hissetmesi ve bu hizmeti almak için birtakım kaynakları (zaman, para vb.) harcamayı göze alması ile ortaya çıkar (Tulchinsky ve Varavikova, 2009:409). Tengilmioğlu vd. (2009:71-72) sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörleri; fiyat, gelir düzeyi, zevkler ve tercihler, finansman yöntemleri, eğitim düzeyi, demografik özellikler, aile yapısındaki değişiklikler, sanayileşme ve kentleşme, tıbbi teknolojideki gelişme, rakiplerin arz kapasitesi rekabet şartları ve hükümet politikaları olarak sıralar. Sayım (2009:270) ise bu faktörleri fiyat, gelir, diğer (ikame ve tamamlayıcı) malların fiyatı, tüketici tercihleri, eğitim düzeyi ve geleceğe dair beklentiler, sağlık otoritelerinin görüşleri, sağlık kampanyaları, satıcıların uzmanlık alanları olarak sıralar. Odabaşı (2008:30) talep faktörlerini gelir düzeyi, eğitim durumu, yaş, fiyat, bireyin sağlık durumu ve sağlık hizmeti sunucusu olarak sıralar. Tulchinsky ve Varavikova (2009:410-411) sağlık hizmetlerini etkileyen faktörleri bireysel faktörler, sağlık hizmetleri kaynakları

faktörleri, ödeme faktörleri ve çevresel faktörler başlıkları altında ele alır. Bireysel faktörler yaş, cinsiyet eğitim ve meslek gibi demografik özellikleri kapsarken sağlık hizmetleri kaynakları sağlık hizmeti arzı, sağlık hizmetine erişim gibi özellikleri içerir. Ödeme faktörleri sağlık hizmetinin sunum ve finansmanı noktasında ortaya çıkan sosyal güvence, özel sigorta, eş-ödeme sistemi gibi faktörlerden oluşurken çevresel faktörler fiziksel, ekonomik, sosyal ve kültürler çevreleri ifade etmektedir.

Birey düzeyinde, sağlık ve hastalık büyük oranda rastsal olduğu için sağlık hizmetleri talebi ve sağlık hizmetleri harcamaları büyük oranda rastsallık gösterir (Hurley, 2000:79; Mooney, 2003:23; Aktan ve Işık, 2007a:1). Buradaki talep belirsizliği talep fonksiyonu çerçevesinde yeralan fiyat duyarlılığı, ikame mallar vb. değişkenlerden ziyade sağlık hizmeti ihtiyacındaki belirsizlikten kaynaklanır. Bu belirsizlik özellikle kaynak tahsisi etkinliğini azaltıcı bir etkiye sahip olmaktadır. Ancak bu belirsizlik çoğu kez sağlık hizmetleri üretim ve sunum kapasitelerinin ortaya çıkabilecek talep dalgalanmalarını karşılayacak düzeyde belirlenmesine neden olarak sağlık hizmeti ihtiyaçlarında ortaya çıkan artışların karşılanabilmesine imkân vermektedir.

1.2.2.2. Sağlık hizmetleri tüketimine ilişkin kararlar

İktisatta talep açısından bir inceleme yapılacağında en temel varsayım tüketici egemenliğidir (consumer sovereignty). Tüketici egemenliği kavramı bireyin kendi çıkarlarının ne olduğu konusunda en iyi karar verici olduğunu varsayar. Ancak, kişinin verdiği kararların başkaları üzerinde olumsuz etkileri olabileceği de unutulmamalıdır. İşte bu noktada kamu otoritesi (devlet) devreye girerek bireyin davranışlarına ilişkin birtakım düzenlemelerde bulunur. Benzer biçimde, bireyin sağlık hizmetleri ile olan ilişkisinde de benzer bir sorun ortaya çıkmaktadır. Bireyin sağlık hizmetlerine ilişkin kendi çıkarları doğrultusunda varacağı kararlar ile kendi iyiliği (refahı) için varması gereken kararlar birbirinden farklı olabilir (Mooney, 2003:22-23). Bu durum kısıtlı rasyonellik ve bilgi asimetrisi ile açıklanabilir.

Kısıtlı rasyonellik, insan davranışlarındaki rasyonelliğin bireyin bilgi işleme kapasitesi ile sınırlı olduğunu ifade etmektedir (Jones, 2006:215). Kısıtlı rasyonellik geniş bir biçimde yorumlandığında kararların ideal sonuçları elde etmeye yönelik değil, yeterli düzeyde tatmin edici sonuçlar doğrultusunda verildiği çıkarımına varılabilir (Culyer,

2005:34). Diğer bir ifadeyle bireyin karar verme sürecinde tam rasyonel karar vermek için gerekli olan bilgiye erişmesi ve bu bilgiyi işleme kapasitesi sınırlı (imkânsız) olduğu için bireyin rasyonelliği kısıtlı olacak ve çoğu durumda bireyin bir karara ilişkin değerlendirmesi optimizasyondan ziyade yeterince iyi olma düzeyinde olacaktır.

Tüketilecek sağlık hizmetinin kapsam ve boyutuna ilişkin kararlar çoğu durumda birey tarafından değil hekim tarafından alınmaktadır (Aktan ve Işık, 2007a:2; Mooney, 2003:23; White ve Griffith, 2010:6; Tulchinsky ve Varavikova, 2009:586). Bu durumun nedeni hasta ve doktor arasındaki bilgi asimetrisidir. Doktorun hastanın sağlık hizmeti gereksinimi hakkındaki bilgisi genel olarak hastanın sahip olduğundan çok daha fazla ve ileri düzeydedir. Hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmayışı ve bu karara ilişkin bilgi arayışında hekimin birincil bilgi kaynağı olması hasta ve hekim arasındaki güven ilişkisi çerçevesinde bu kararların hekim tarafından verilmesi sonucunu doğurur (White ve Griffith, 2010:6).

Sağlık hizmetlerine ilişkin tüketici kararları hekimin hastanın vekili olarak görülebileceği uç bir noktadan hastanın tüketici egemenliği doğrultusunda tüm kararları kendisinin aldığı diğer bir uç noktaya kadar olan bir spektrumda düşünülebilir. Burada bahsedilen hekim-hasta ilişkisinin diğer yüzünde ise hekimin hastanın sağlık hizmeti tüketimi kararında tamamen kendi çıkarı doğrultusunda yer aldığı bir uçtan hastanın menfaatini her şeyden üstün tuttuğu diğer bir uca kadar uzanan spektrum yer alır (Zweifel ve Manning:414). Bu ilişkide hekimin hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutacağı varsayımı tıp etiği (Mooney, 2003:63) ve kamu otoritesi tarafından sağlık hizmetlerine ilişkin gerçekleştirilen düzenleme ve uygulamalardan (Mooney, 2003:118-119) kaynaklanmaktadır.

1.2.2.3. Sağlık hizmetlerinde belirsizlik

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak iki temel belirsizlik bulunmaktadır. Bunlardan ilki, yukarıda da belirtildiği üzere, talep belirsizliğidir. İkinci tür belirsizlik ise tüketilen sağlık hizmetinin etkililiği ile ilgili olan klinik belirsizliktir.

Sağlık hizmetlerinde talep belirsizliği hastalığın rastsalılığından kaynaklanmaktadır. Bazı sağlık hizmetleri gereksinimi öngörülebilir olsa da, sağlık hizmetleri gereksinimi

genel olarak rastsal olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri gereksinimini ortaya çıkaran faktörler temel olarak hastalık, travma ve ihtiyari faktörler olarak sıralanabilir. Hastalıklar, türüne göre, mevsimsellik gösterse de en azından birey ölçeğinde rastsaldır. Benzer biçimde kaza ve afet gibi durumlar sonucu ortaya çıkan travmalar da büyük oranda rastsaldır. İhtiyari sağlık hizmeti tüketimi birey tarafından tüketimine karar verilen sağlık hizmetleri olduğu için bu talebin ortaya çıkışı birey açısından önceden planlanmış olabilecek, ancak sağlık hizmeti sunucusu açısından rastsallık içerecektir. Hastalıkların ortaya çıkmasına ilişkin belirsizlik hangi sağlık hizmetlerine, ne zaman, hangi miktarda ve ne kadar maliyetle ihtiyaç duyulacağını da belirsiz hale getirir (Johnson, 2009:710).

İkinci tür belirsizlik olan klinik belirsizlik ise sağlık hizmetleri üretiminin kendisi ile ilgilidir. Klinik belirsizlik modern tıp bilimindeki kompleksitenin insan beyninin kapasitesini aştığı için ortaya çıkmaktadır. Klinik belirsizliğin dört temel bileşeni vardır. Bunlardan ilki bir durum karşısında olası tüm tedavi (müdahale) seçeneklerinden hangisinin en iyi olduğuna ilişkin geçerli klinik temelli bilgi olmayışıdır. İkinci bileşen tıp biliminde yeni bilginin üretim hızıdır. Üçüncü faktör klinik karar vermede subjektif hatırlamanın önemli bir kaynak olarak kullanılmasıdır. Son faktör ise uzmanın karar vermede değerlendirmeye katabileceği faktörlerin sınırlılığıdır (James, 2011:40-44).

Klinik belirsizlik sağlık sorunlarına yönelik tanı ve tedavi süreçlerini fazlaca etkilemektedir. Çoğu hastalık durumunda tanı kesin değil, olasılık temellidir. Ateş, öksürük, ağrı veya sancı gibi klinik belirtiler birden fazla hastalığın belirtileri olabilir. Pek çok hastalık için birden fazla tedavi yöntemi vardır. Ancak teşhisin olasılıksal olan doğası en iyi tedavinin seçimini güçleştirmektedir. Ayrıca tıp biliminde kanıtın popülasyon temelli olması birey ölçeğinde tedavi ve sonuç arasında kesin bir nedensellik olmamasını beraberinde getirir (Legare, 2009:691; Johnson, 2009:710).

Klinik araştırmalar her ne kadar, herhangi bir hastalığa uygulanan tedavi alternatiflerinin ortalama etkililik hakkında bilgi verse de, belirli bir hastalığa sahip belirli bir hastada etkililiğini gösteremez. Dolayısıyla herhangi bir tıbbi müdahalenin etkililiğine ilişkin müdahale öncesi bir belirsizliğin yanı sıra müdahale sonrası etkililik de değişkenlik gösterdiği için belirsizlik içerir (Hurley, 2000:79-80).

1.2.2.4. Sağlık hizmetleri piyasasının özellikleri

Arz ve talebin buluştuğu fiyat noktasında mübadelelerin gerçekleştiği yapıya piyasa adı verilir. İktisat bilimi ekonomik kaynakların en etkin biçimde kullanılmasına imkan veren piyasa yapısını tam rekabet piyasası olarak adlandırır. Tam rekabetten sapmalar piyasa aksamaları olarak adlandırılırken tam rekabet varsayımlarının geçerli olmadığı durum ve piyasalar eksik rekabet olarak adlandırılır.

Tam rekabetin dört temel varsayımı vardır. Bunlar kısaca tam bilgi, tam mobilite, homojenlik ve atomisitedir. Tam bilgi piyasa aktörleri arasında bilgi farkı olmaması ve bilginin sıfır maliyetle edinilmesi varsayımını ifade etmektedir. Tam mobilite piyasaya giriş ve çıkışlara yönelik, ister rakipler tarafından giriş engelleri şeklinde ister devlet tarafından yapılan düzenlemelerle, herhangi bir kısıtlama olmaması, dolayısıyla ekonomik kaynakların piyasalar arasında serbestçe dolaşabilme varsayımını ifade eder. Homojenlik piyasada yer alan mal ve hizmetlerin birbirlerinin aynısı olduğu, yani ürün çeşitlendirmesinin sıfır olduğu varsayımdır. Atomisite ise alıcı ve satıcıların ölçek veya pazarlık gücü aracılığıyla fiyatı etkileyemeyecek kadar çok sayıda olması anlamına gelmektedir.

Her ne kadar böyle bir piyasa gerçek hayatta var olmasa da bu varsayımlar piyasa yapılarını analiz açısından faydalı bir model sunmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti arz ve tüketiminin gerçekleştiği sağlık hizmetleri piyasasının yapısını analiz etmek için bu varsayımlardan hareket etmek uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir (Santerre ve Neun, 2010:211) .

Sağlık hizmetleri sektörü açısından değerlendirildiğinde, tam rekabet piyasasını tarif eden varsayımlar ihlal edilmektedir. Bu ihlalin nedeni sağlık hizmetleri gibi uzmanlığa dayalı hizmet alanlarında bilgi asimetrisinin yoğun olarak var olmasıdır (Sayım, 2009:266). Sağlık hizmetleri tüketicilerinin hizmet fiyatı ve hizmetlerin teknik yönleri hakkında bilgi sahibi olmaması sağlık hizmeti sunucularının fırsatçı davranışlarda bulunmasına imkân verebilmektedir (Senterre ve Neun, 2010:211).

Tam rekabetteki mobilite varsayımı herhangi bir piyasaya giriş/çıkışlara ilişkin rakipler/devlet tarafından herhangi bir engelleme/sınırlama getirilmemesini

gerektirmektedir. Bu varsayım, üretim faktörlerinin en iyi kullanım alanlarına aktarılarak, faktör verimliliğinin pareto optimal olmasını sağlamanın yanı sıra uzun vadede fiyatların istikrarlı olmasını sağlamaktadır. Herhangi bir sektörde fiyat ve kâr artışı olması durumunda, üretim faktörleri o sektöre kayarak kârın normal düzeye dönmesini sağlayacaktır. Bu varsayım tam rekabet piyasalarında marjinal gelirin marjinal maliyete eşit olmasını sağlar. Ancak devlet, çoğu durumda, herhangi bir piyasaya giriş ve çıkışları düzenleyen en önemli aktördür. Devlet tarafından giriş ve çıkış engelleri tesis edilmesindeki amaç, ekonomiye ilişkin plan ve politikaların uygulanmasını sağlamak olabileceği gibi, özellikle vatandaşların güvenliğini sağlamaya yönelik olarak belirli standartların tesis edilmesi de olabilir. Sağlık hizmetleri üretimi ve sunumu faaliyetleri devlet tarafından yoğun bir biçimde düzenlemelere tabidir. Bu düzenlemeler bir taraftan hizmet standartları ve hasta güvenliğini güvence altına almak, diğer taraftan da sağlık hizmeti sunumunun mevcut sağlık politikasını destekler nitelikte gerçekleştirilmesini güvence altına almaktır.

Devletin sağlık sektörüne giriş ve çıkışlara ilişkin getirdiği kısıtlamalar, sektöre ilişkin düzenlemelerin ve denetimin gerçekleştirilmesi biçiminde olabileceği gibi, devletin sağlık hizmetleri üretimini doğrudan üstlenmesi biçiminde de olabilir. Devlet sağlık sektöründe yer alan personelin niteliklerine ilişkin düzenlemelerin yanı sıra hizmet sunumunu gerçekleştirecek kuruluşlara ilişkin de pek çok düzenlemeye bulunabilir. Bu hususa ilişkin basit örnekler; hekimlik mesleğine ilişkin getirilen diploma ve diğer mesleki yeterlilik standartları, sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirecek kuruluşlara yönelik standartlar ve ruhsatlandırma koşullarıdır. Bu ve benzeri pek çok uygulama fiilen sağlık piyasasına giriş ve çıkış engelleri teşkil etmektedir (Aktan ve Işık, 2007b: 1-3, Sayım, 2009:265-266).

Tam rekabet piyasasındaki homojenlik varsayımı ürün ve hizmetlerin rakipleri ile aynı özelliklere sahip olmasını gerektirir. Bu varsayım altında ürün veya fiyat farklılaştırması mümkün olmadığı için herhangi bir satıcının sunduğu ürün ile herhangi bir başka satıcının ürünü birbirinin aynıdır. Sağlık hizmetleri, diğer tüm hizmetlerde olduğu gibi, hizmet üreticisinin bilgi ve yeteneği doğrultusunda şekillendiği için homojen değildir. Ayrıca sağlık hizmetleri sunumunda hem hizmet hem de fiyat farklılaşması mevcuttur.

Hizmet sunan kuruluş veya hekimler sahip olduğu prestij, itibar, şöhret veya fiziksel olanaklar doğrultusunda birbirleri ile rekabet eder.

Tam rekabet piyasalarının son varsayımı olan atomisite piyasada yer alan herhangi bir alıcı veya satıcının ölçek olarak fiyat üzerinde tek başına etkili olmamasını gerektirir. Diğer bir ifade ile herhangi bir satıcının arz miktarı veya alıcının talep miktarı piyasa fiyatında değişime neden olmamalıdır. Sağlık hizmetleri piyasasında genel anlamda alıcı açısından atomisite varsayımı nispeten karşılanabilir bir varsayımdır. Herhangi bir metropolde herhangi bir sağlık hizmet sunucusunun milyonlarca potansiyel müşterisi olabilir. Bu müşterilerden herhangi birisinin fiyat üzerinde etkili olabilecek miktarda talebi söz konusu olmayabilir. Ancak sağlık hizmetleri finansmanında önemli roller üstlenen sigorta şirketleri veya sosyal sigorta kuruluşu gibi kurumsal müşteriler açısından değerlendirildiğine ise bu varsayım da ihlal edilmektedir. Arz tarafından değerlendirildiğinde ise yine büyük bir metropolde çok sayıda sağlık hizmeti sunucusu olabilecek iken küçük bir kasaba veya köydeki sağlık sunucusu sayısı bir hayli az olacak, dolayısıyla atomisite varsayımı arz tarafında da ihlal edilecektir.

Sağlık hizmetleri piyasası tam rekabet varsayımlarının karşılanamadığı, eksik rekabet ile karakterize olan bir piyasadır⁴. Eksik rekabet ise kaynak tahsisinin optimal olmayışı nedeniyle refah kaybına neden olmaktadır. Bu ise devletin piyasada düzenleyici veya piyasa aktörü olarak yer alarak bu refah kaybını en aza indirgenmesinde gerekçe teşkil eder. Piyasa aksaklıkları ekstrem durumlarda piyasada istismara imkan vererek refah kaybının özellikle bazı kesimler üzerinde daha fazla yük teşkil etmesini mümkün kılabilmesi devlet müdahalesi için ikinci bir gerekçe oluşturur. Devletin aktif olarak rol üstlendiği sağlık hizmetleri piyasalarında sağlık hizmeti sunumuna ve sunulan sağlık hizmetinin tüketimine ilişkin kararlar kararlarının tüm sonuçlarına katlanmak zorunda kalan egemen bireyler veya şirketler tarafından verilmemektedir. Bunun nedeni ise sağlık hizmetleri piyasalarında rekabet dinamiklerin kaynak tahsisi etkinliğini sağlayamamasından ötürü devletin etkinliği arttırmak veya eksik etkinliğin sonuçlarının

⁴ Sağlık hizmetleri piyasalarında tam rekabet dinamiklerinin işlemeyişi piyasa aksaklığının var olduğunu ortaya koymaya yönelik bir analiz olarak ele alınmıştır. Aksak veya eksik rekabet piyasalarında rekabet dinamikleri, firma davranışı veya rekabet stratejileri bu çalışmanın konusunu teşkil etmediği için bu hususlara değinilmemektedir. Bu konular endüstriyel örgüt iktisadının konuları olup daha detaylı bilgi için bkz. Carlton ve Perloff, 1999; Lipczynski vd. 2005; Belleflamme ve Peitz, 2010).

sosyal adaleti bozmaması amaçlı olarak müdahil olmasıdır. Devletin bu piyasalarda varlığı sağlık hizmeti finansmanı veya sağlık hizmeti sunumu noktasında gerçekleşmekte ve bir sonraki bölümde ele alınmaktadır(Glandon vd., 2009:114; Zweifel vd., 2009:155).

Devletin sağlık hizmetleri piyasasına müdahalesinin ardında yatan temel nedenler daha önce de belirtilen bilgi asimetrisinden kaynaklanan sorunların yanı sıra sağlık hizmetlerinin kamusal mal niteliği ve yaydığı pozitif dışsallıklardır (Glandon vd., 2008:114). Ayrıca sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallıklar yayan kamusal mal olması sağlık hizmetlerinin erdemli mallar kategorisinde de değerlendirilmesine neden olur (Sayım, 2009:260).

1.2.2.4.1. Kamusal mal kavramı ve sağlık hizmetleri

İktisat biliminde kamusal mallar olarak tanımlanan mallar tüketiminde rekabet olmayan ve kullanımı dışlanamaz olan mallardır. Tüketiminde rekabet olmayışı bir bireyin mal tüketiminin diğerlerinin o malı tüketme olasılığı veya tüketimden elde ettiği fayda üzerinde etkisi olmaması anlamına gelirken dışlanamazlık bu malın kullanımından kimsenin mahrum edilememesini ifade eder (Earl-Slater, 1999:121). Kamu mallarının tüketiminde rekabet olmayışını sağlayan en temel özelliği ise kamu mallarının faydalarının bölünmezliğidir (Puu, 2006:9). Kamusal mallara klasik örnek olarak verilen ulusal güvenlik bu iki özelliği de çok iyi biçimde yansıtmaktadır. Ulusal güvenlikten vatandaşların tümü yararlanır (dışlanamazlık) ve herhangi bir vatandaşın ulusal güvenlikten yararlanma düzeyi diğer bir vatandaşın yararlanma düzeyini (rekabet olmayışı) etkilememektedir. Bu iki özellik kamusal malların fiyatlandırılmasını ve piyasa aracılığıyla üretilmemesini de beraberinde getirdiği için kamusal mallar devlet tarafından, doğrudan veya piyasa eliyle sunulur (Glandon, 2002:310).

Bu tür mal ve hizmet sunumları sonucu ortaya çıkan fayda, üretimine katılımdan bağımsız olarak, herkes tarafından tüketilebileceği için bireysel rasyonel davranış üretimine katılmaksızın faydasından yararlanmak (free rider) olacaktır. Kamusal mallarda ödeme yapmayanların faydalanmasını engellemenin imkansızlığı veya böyle bir dışlamanın çok maliyetli oluşu, özel sektör işletmelerinin bu tür mal ve hizmetleri üretilip satma konusunda isteksiz davranmalarına neden olmaktadır (Santerre ve Neun,

2010:251). Dolayısıyla bu tür malların üretim ve sunumunda bir piyasa aksaklığı (market failure) doğal bir sonuçtur. Bu nedenle kamusal mallar devlet tarafından, kamu bütçesi aracılığıyla finanse edilir ve vatandaşlara sunulur (Rainey, 2009:67).

Toplumda tüm sağlık hizmetlerinin kamusal mal nitelikli olduğu yönünde yaygın ancak yanlış bir kanı vardır. Sağlık hizmetlerinin büyük kısmında, özellikle bireysel olarak sunumu ve tüketimi yapılabilenlerde fayda büyük oranda içselleştirildiği için dışlama maliyeti düşüktür. Diğer bir deyişle, sağlık hizmeti sunucusu tüketicilerin aldıkları hizmet için bir bedel ödemesini mecburi kılabılır, ödeme yapana hizmet sunup ödeme yapmayana hizmet sunmayabilir (Santerre ve Neun, 2010:251). Böylesi bir dışlanabilirlik ve sağlık hizmeti tüketiminde rekabet sağlık hizmetlerinin katı anlamda bir kamusal mal olmasını engeller. Yine de, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere, sağlık hizmetlerinin bir kısmı kamusal mal ve hizmetler sınıfında değerlendirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin hedef kitlesinin bireylerden ziyade toplumun tümü olması bu tür malların piyasa şartlarında üretim ve tüketiminde aksaklıklara neden olacağı için bu tür malların üretimi veya finansmanı kamu kesimi tarafından üstlenilmektedir. Ayrıca kamu mallarına ilişkin tanımlardan bazıları “devletin üretilmeleri için bütçeden pay ayırdıkları mallar” biçiminde olduğu için üretilme gerekçelerine bakılmaksızın kamu tarafından üretilen bu tür mallar kamusal mal kapsamında değerlendirilebilir (Sayım, 2009:259-260).

Her ne kadar iktisat biliminde kamusal malların ele alınışı ulusal ekonomi boyutunda olsa da, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda kamusal mal kavramının ulus sınırlarını aşan, küresel bir bakış açısıyla düşünülmesi yerinde olacaktır. Özellikle bulaşıcı hastalıklar göz önünde bulundurulduğunda ve yakın geçmişte dünya çapında yaşanan sars, kuş gribi ve domuz gribi gibi hastalıklarla ilgili deneyimler hatırlandığında bir kamusal mal olarak sağlık hizmetinin sunduğu faydanın ulusal ölçekte ele alınmasının ne kadar yetersiz olduğu açıkça ortaya çıkmaktadır. Mooney (2009:95-96) bu yetersizliğe dikkat çekerek küresel kamusal mal kavramından bahsederek bunu “faydaları ülkeler, toplumlar ve nesiller açısından evrensel nitelik taşıyan, en azından gelecek nesiller için geliştirme olanaklarını engellemeksizin mevcut neslin gereksinimlerini karşılayan mal” olarak tanımlar. Birleşmiş Milletler ve bazı iktisatçılar uluslararası hukuk, uluslararası emniyet teşkilatları, istikrarlı bir küresel finansal sistem,

çevresel sürdürülebilirlik ve sağlık hizmetlerini küresel kamusal mal olarak tanımaktadır (Bishop, 2004:113-114).

Dünya genelinde pek çok ülke iktisatçıların kamusal mal olarak tanımladığı hizmetleri sunmaktadır. Ancak devletler aynı zamanda dışlamanın bir biçimde gerçekleştirilebileceği pek çok ürün ve hizmet de sunar. Yarı kamusal mallar (quasi-public goods) olarak adlandırılan bu mallar eğitim, itfaiye, kütüphane ve müzeler gibi kültürel hizmetlerin yanı sıra cadde ve otoyollar gibi pek çok farklı hizmeti içerir. Bu tür hizmetler özel şirketler tarafından piyasa aracılığıyla fiyatlanarak sunulabilecek hizmetler olmasına rağmen sağladıkları fayda satın alanlar haricindekiler tarafından da yoğun bir biçimde edinildiği için bu malların arz miktarları gerekenin altında kalacaktır. Bu tür malların eksik üretimini engellemek için pek çok durumda bu hizmetler devlet tarafından üretilir veya ürettirilir (McConnell vd., 2011:104).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde yapılan çevreye yönelik hizmetler ve bireye yönelik hizmetler bu açıdan önemli olmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kamusal mal özellikleri taşıırken bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yarı kamusal mal özelliği taşır. Ayrıca sağlık sistemi özellikleri doğrultusunda sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mal özelliği taşıyabilir. Bu sağlık sistemi özellikleri açısından sağlık hizmeti üretim ve finansmanında devletin üstlendiği roller çerçevesinde belirlenecektir. Evrensel kapsamlı genel sağlık sigortası veya farklı bir sağlık hizmetine evrensel erişim sunan sistemlerde sağlık hizmetlerinin tümü en azından yarı kamusal mal olacaktır.

Kamusal malların temel özellikleri piyasa tarafından etkin bir biçimde sunulmasını engellemektedir. Bu tür malların faydalarının doğrudan tüketenlerden başkalarınca da edinilebilecek olması iktisatta pozitif dışsallık olarak adlandırılan durumu ortaya çıkarır. Dolayısıyla, kamusal mallar pozitif dışsallıklar yayan mallardır.

1.2.2.4.2. Dışsallık kavramı ve sağlık hizmetleri

İktisatta dışsallık herhangi bir eylemin üçüncü taraflar üzerindeki yan etkisidir. Dışsallıklar bireyin mutluluğu veya firmanın üretim yeteneğinin bir başka tüketici veya üretici eylemleri tarafından dolaysız (fiyat değişimi gibi araçlar kullanmaksızın) etkilenmesi ile ortaya çıkar (Perloff, 2012:606). Mal ve hizmetlerin üretimi ve tüketimi

sonucunda işleme taraf olmayan kişiler birtakım maliyetler veya faydalarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu tür durumlarda oluşan maliyetlere negatif (olumsuz), faydalara ise pozitif (olumlu) dışsallıklar denilmektedir. Söz konusu maliyet veya fayda eylemi gerçekleştiren, yani fayda veya maliyete neden olan taraflar dışında olduğu için bunlara dışsallık adı verilir (Arnold, 2008: 380). Dışsallıkların tam olarak ölçülmesi, ölçülmesi durumunda ise fiyatlanması oldukça güçtür (Sayım, 2009:258-259). Farklı bir ifadeyle dışsallıklar fiyatlanamayan maliyet veya faydalardır (Santarre ve Neun, 2010:252). Dışsallıkların ölçümü ve fiyatlanmasındaki güçlük söz konusu maliyet veya faydanın ekonomik değerinin ilgili taraflar üzerine yüklenmesini imkansız hale getirmektedir⁵ (Dewar, 2010:75).

Olumsuz dışsallıklar arz-yönlü piyasa aksaklığına neden olur. Üreticilerin, dışsallıkları da içeren gerçek üretim maliyeti (özel maliyet) ile dışsallıkları yansıtmaksızın üstlendiği üretim maliyeti (sosyal maliyet) arasında neden olduğu dışsal maliyet kadar fark olacak, bu ise üretim düzeyinin optimal düzeyin üzerinde olmasına neden olacaktır. Bu ise tahsisat etkinsizliğine neden olarak piyasa aksaklığı yaratacaktır ve dışsallık yaratan faaliyete denge noktası için geçerli olandan daha fazla kaynak tahsis edilecektir (McConnell vd, 2011:105; Perloff, 2012: 608). Olumsuz dışsallıklara en fazla verilen ve olguyu en iyi biçimde tasvir eden örnek çevre kirliliğidir. Çevrenin üretim atıklarıyla, gürültüyle ve gaz emisyonu ile kirletilmesi pek çok farklı üretim faaliyetinde kaçınılmaz bir sonuçtur. Örneğin; bir fabrikanın bacasından çıkan kirli veya zehirli gazlar, havaalanının neden olduğu gürültü veya limanın neden olduğu deniz kirliliği orada gerçekleşen ekonomik faaliyetin sonucu olmakla beraber maliyetleri o çevrede yaşayan toplumun tümünce üstlenilmektedir. Bir gölde gerçekleşen su kirliliğinin emlak fiyatları üzerinde neden olacağı düşüş, uçakların neden olduğu gürültüden dolayı bir üniversitede ders esnasında yaşanan zaman kaybı söz konusu faaliyetin maliyetine doğrudan yansıtılamayan olumsuz dışsallıklardır. Söz konusu dışsallık üreticinin

⁵ Her ne kadar dışsallıkların maliyetlerinin içselleştirilmesine yönelik bir mekanizma Coase teoremi tarafından öngörülse de, teoremden ortaya konulan varsayımlar böyle bir durumun imkânsız olmasını sağlar. Coase teoremi tüm mülkiyet haklarının açıkça tanımlandığı ve işlem maliyeti olmadığı durumlarda taraflar arasında dışsallıkların fiyatlanabileceğini öngörmekte, dolayısıyla dışsallıkların piyasa mekanizması içinde çözümleneceğini öngörmektedir. İşlem maliyetleri ve özel mülkiyet haricinde mülkiyetlerin olması dışsallıkların piyasa tarafından çözümlenmesini engelleyerek devlet müdahalesinin konusu haline gelmesini sağlar.

marjinal maliyetine yansımadağı sürece o üretici marjinal maliyetinin marjinal gelirine eşit olduğı miktara kadar üretim yapacaktır.

Pozitif dışsallıklar ise talep-yönlü piyasa aksaklıklarına neden olur. Pozitif dışsallıklardan, ücret ödemeksizin yararlanan bireyler bu dışsallıkları yayan mal veya hizmetin talep miktarının gerçekten daha düşük kalmasına neden olarak üretici için kayıp gelir oluşturmaktadır. Bu ise üreticinin ürettiğı faydanın tümünün tam karşılığını alamamasına neden olarak üreticilerin marjinal faydanın marjinal maliyete eşit olduğı noktanın altında üretim yapmasına neden olur. Böylece pozitif dışsallıklar yayan mallar eksik üretilir (McConnell vd, 2011:105). Bu tür mallarda malı satın alan tüketicinin marjinal bireysel faydası katlandığı marjinal fiyata eşit olduğı noktaya kadar tüketim olasılığı vardır. Ancak o malın yaydığı dışsallıklarda göz önünde bulundurulduğunda, diğeri bir ifadeyle marjinal bireysel faydaların toplamı (marjinal toplumsal fayda), tüketicinin marjinal faydasının marjinal maliyete eşit olduğı noktada elde edilen marjinal toplumsal fayda marjinal maliyetin üzerinde olacaktır (Arnold, 2008:382). Böyle bir durumda söz konusu malın üretimi için tahsis edilen kaynağın etkinliği yüksek olmakla beraber piyasa denge noktası tüketicinin marjinal faydasın marjinal maliyete eşit olduğı noktada olacağı için üretim miktarı marjinal toplumsal faydanın marjinal fiyatın üzerinde olduğı bir noktada kalacak ve eksik üretim gerçekleşecektir (Zweifel vd, 2009:156).

Sağlık hizmetlerinin yaydığı pozitif dışsallıkların fazlaca olduğı kabul edilir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yaydığı pozitif dışsallıklar son derece belirgindir. Örneğin; hastalıklara karşı aşılamanın faydası sadece aşılanan bireyin hastalıktan korunması ile sınırlı kalmayarak bireyin hastalanması sonucu oluşabilecek maliyetlere maruz kalabilecek diğeri bireylerin tümüne yayılacaktır. Örneğin; hastalanmayan bir çocuktan hastalık bulaşmayacak olan sınıf arkadaşı, o çocuğun ailesi, okul dışındaki oyun arkadaşları ve birçok birey bir çocuğun hastalığa karşı aşılmasından fayda elde edecektir.

Zweifel vd. (2009:157-159), sağlık hizmetlerine ilişkin dışsallıkları bireyin sağlığını doğrudan iyileştiren fiziksel dışsallıklar ve bireyin tatminini arttıran psikolojik dışsallıklar olarak ikiye ayırmaktadır. Fiziksel dışsallıklar hastalıkların bireyler arasında bulaşmasının engellenmesi bağlamında ele alınırken psikolojik dışsallıklar diğerkâmlık

bağlamında ele alınmaktadır. Zweifel vd.'ne göre; A şahsının bir hastalıktan korunmaya çalışması veya hastalanınca tedavi olması B şahsının hastalık riskini azalttığı için B şahsının A şahsının hastalıktan korunma veya tedavi çabalarını sübvansie etmesi Pareto optimum denge sağlayacaktır. A şahsından yayılan pozitif dışsallık B ile sınırlı kalmadığı ve tüm topluma yayıldığı için sağlık hizmetinin kamusal mal olma özelliği de ortaya çıkar. Benzer biçimde A şahsının, özellikle kendi kabahati olmayan, bir hastalık sonucu yaşadığı sıkıntı toplumda rahatsızlık yaratacak, A şahsının sağlık hizmeti tüketimi ise bu rahatsızlığı engelleyerek psikolojik dışsallık yayacaktır.

Sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallık yayma özelliği karşısında pozitif dışsallıkların talep-yönlü piyasa aksaklığı sonucu eksik üretiminin neden olabileceği sorunlar devlet müdahalesini gerekli hale getirebilir. Özellikle dışsallıkların çok sayıda bireyi etkilediği, toplumun çıkarlarının söz konusu olduğu durumda devlet negatif dışsallıkları gidermek veya kontrol altına almak, pozitif dışsallıkları ise arttırmak yönünde müdahalelerde bulunabilir. Pozitif dışsallıkları arttırıcı müdahaleler tüketicilerin sübvansiyonu, üreticilerin sübvansiyonu veya dışsallık yayan mal ve hizmetin kamu tarafından sunumudur (McConnell vd, 2011:106).

1.2.2.4.3. Erdemli mal kavramı ve sağlık hizmetleri

İktisatta erdemli mal olarak sınıflandırılan mal ve hizmetler özel bir pozitif dışsallık durumudur. Erdemli malların yaydığı pozitif dışsallıklar çok geniş ve miktarca çok fazladır (Roberts vd. 2004:250). Erdemli mal veya hizmet kamu otoritesinin bu mal veya hizmetin faydasını tüketicilere göre daha fazla olarak değerlendirdiği mal ve hizmetlerdir. Malın faydasına ilişkin değerlendirmedeki bu farklılık piyasa arz-talep dengesinde (fiyatında) tüketimin arzu edilen miktardan daha az kalmasına neden olacaktır (Earl-Slater, 1999:87). Kişisel tercihlerin malın faydası için yeterli derecede ortaya çıkmadığı durumlarda erdemli mallar kavramı devreye girer. Dolayısıyla, erdemli mallar devletin bireyleri daha fazla tüketmeleri için teşvik ettiği mallardır. Öncelikle koruyucu hizmetler olmak üzere sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı erdemli mal statüsünde kamu yatırımlarının konusu olabilir (Sayım, 2009:260-261).

Mooney (2003:44), McGuire vd. (2005:55-56) sağlık hizmetlerinin erdemli mallar olarak değerlendirilmesini elitist bir yaklaşım olarak eleştirmektedir. Bu eleştirilere göre

tüketicinin tercihinin bireyden ziyade bir kamu otoritesi veya politika tayin edici tarafından yapılması fayda dayatmasıdır. Tüketici egemenliği sağlık hizmetleri konu olduğunda her ne kadar diğer özel mallar kadar güçlü olmasa da bu tür bir dayatma sağlık hizmetinden edinilecek faydanın değerlendirilmesini de tüketicinin elinden almakla eleştirilmektedir.

Erdemli mallarda kamusal malların aksine fayda bölünebilir ve faydalananlar dışlanabilir. Ancak erdemli malların müşteri talebi yoluyla ortaya koyulamayan olumlu dışsallıkları çok önemli düzeydedir. Bu tür mal ve hizmetlerin değeri piyasada arz ve talep denge noktasında oluşacak fiyattan ziyade fayda maliyet analiziyle ortaya konulabilir. Bu mal ve hizmetlerde fiyat yapılan fayda maliyet analizi doğrultusunda belirlenerek yaydığı olumlu dışsallıkları da yansıtacak bir seviyede belirlenir. Erdemli malların fiyatlanmasında ve arzının belirlenmesinde uzun vadeli toplumsal fayda göz önünde bulundurulmalıdır (Cutt, 1998:15).

Sağlık hizmetlerinin sahip oldukları özelliklerden kaynaklanan piyasa aksaklıkları, sahip oldukları kamusal mal olma, pozitif dışsallıklar yayması ve tüketiminden dolayı topluma fayda sunan erdemli mallar olarak değerlendirilme özellikleri devletin sağlık hizmetleri piyasasında aktif rol oynamasına neden olmaktadır. Devletin bu piyasadaki rolü kural koyucu, yani düzenleyici olabileceği gibi sağlık hizmeti üreticisi ve finansörü (tüketicisi olmasa da müşterisi) olabilir. Devletin sağlık hizmetleri sunum ve finansmanındaki rolü, düzenlemeler ile şekillendirdiği piyasanın yapısal özellikleri sağlık sistemini karakterize eder.

2. Sağlık Sistemi

Basit bir biçimde ele alındığında sağlık sistemi bireyin sağlık hizmetleri ile ilgili tüm etkileşimleri olarak düşünülebilir (Gilles, 2003:17). Diğer bir yaklaşımla sağlık sistemi sağlık hizmetleri üretimi, sunumu, finansmanı ve tüketiminde yer alan paydaşların tümü olarak düşünülebilir. Bu paydaşlar; hastalar, sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmetleri satın alıcı kuruluşlar, düzenleyici kuruluşlar, hükümet ve toplumdur (Smith vd.,2008:1). Daha da farklı bir bakış açısı ile ise sağlık sistemi sağlık politikasının gerçekleştirildiği kurumsal çevre olarak ele alınabilir (Aday vd., 2004).

Sağlık sistemi nüfusun sağlık hizmeti gereksinimini karşılamak için gerekli kişi, kurum ve kaynaklardır.

Her sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, yani kim tarafından üretileceği ve hangi basamakta ne kadar hizmet sunulacağı sorusunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin üretiminin ve tüketiminin nasıl finanse edileceği soruları ile ilgilenmek durumundadır (Savage vd., 2011:4). Sağlık sistemlerinde hizmet üretimi ve finansmanı rolleri piyasa mekanizmaları ve özel kuruluşlara yüklenebilir. Diğer bir alternatif ise sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanının kamu kuruluşları aracılığıyla gerçekleştirilmesidir. Bu iki sistemin farklı karmaları da mümkün olmaktadır. Hizmet üretiminin özel kuruluşlarca finansmanının ise kamu kuruluşlarınca üstlenilmesi veya finansmanın özel kuruluşlarca gerçekleştirildiği ve üretimin ağırlıklı olarak kamu kesimi tarafından üstlenildiği bir alternatif de olabilir (Joumard vd., 2010:13-14).

Sağlık sistemleri bir ülkede sağlık hizmetlerinin kim tarafından üretileceği, üretilen hizmetleri kimin tüketeceği, hizmetlerin üretimi ve tüketimini kimin finanse edeceği gibi temel soruların yanı sıra sağlık hizmetlerinde kimlerin çalışacağı, hizmet sunum koşullarının ne olacağı gibi ikincil soruları da cevaplar. Sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerine ilişkin bu sorularda devlet ve piyasanın rolünün paylaşımı olarak da düşünülebilir. Mevcut inceleme doğrultusunda sağlık hizmetinin öncelikli soruları olan hizmet organizasyonu ve hizmet finansmanını ele almak daha doğru olacaktır.

2.1. Sağlık Hizmetleri Sunumunun Finansmanı

Sağlık sistemleri arasında belki de en fazla farklılaşan özellik sistemin finansmanıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık hizmetleri sunan kurumlar ile bu hizmetlerden yararlanan bireyler veya üçüncü taraf ödeme sistemleri arasında gerçekleşen işlemlerdir. Farklı ülkelerin sağlık sistemlerinde bu işlemlerin gerçekleştiği farklı finansman sistemleri mevcut olsa da bu farklı sistemlerin temel işlevleri aynıdır. Sağlık finansmanına ilişkin tüm alternatifler finansman kaynak tercihi doğrultusunda kaynak tahsilatı, tahsil edilen kaynakların bir havuzda toplanması ve muhafaza edilmesi ve son olarak bu kaynaklar ile sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması işlevlerini yerine getirir (Robinson, 2006:33). Bu işlevler aynı zamanda sağlık hizmeti finansmanı sisteminin bileşenlerini oluşturur. Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik olarak

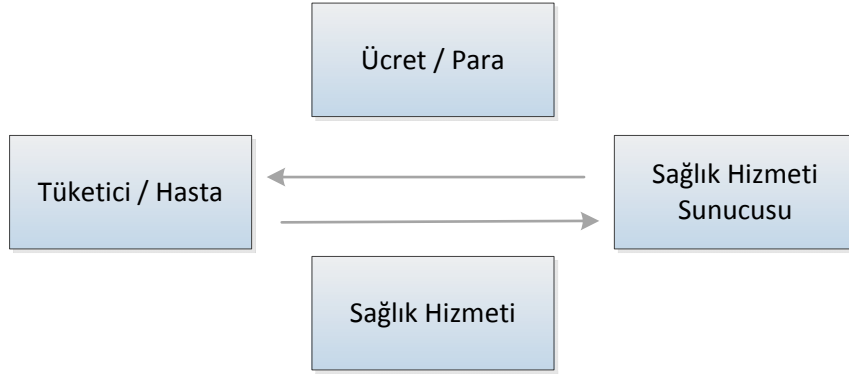
geliştirilen herhangi bir sistemde bu işlevlerin tümü tek bir organizasyon tarafından yerine getirilebileceği gibi her işlev farklı organizasyon veya her bir işlev çok sayıda farklı organizasyonlar tarafından yerine getirilebilir. Bu üst düzey politika tercihi ve politik/ekonomik felsefe doğrultusunda verilecek bir karar olmakla beraber kamu otoritesi tarafından veya piyasa tarafından düzenlenen yapılar biçiminde ortaya çıkar.

Sağlık sistemlerinde sağlık hizmeti üreticilerinin bu hizmet için öngördükleri ücretin ödenmesine yönelik olarak dört temel finansman mekanizması vardır. Bunlardan ilki sağlık hizmeti finansmanının sağlık hizmeti alan tarafından doğrudan üstlenildiği, cepten ödeme olarak da adlandırılan sistemdir. Diğer alternatiflerde ise sağlık hizmeti ücreti farklı kurumlarca üstlenilmektedir. Bunlardan en basit olanı genel bütçe gelirleri ile sağlık hizmeti finansmanıdır. Burada devlet topladığı vergilerle sağlık hizmeti sunumunun finansmanını sağlar. Diğer iki alternatif ise sosyal sigorta ve özel sigorta sistemleridir. Sosyal sigortada, işçilerin ücretlerinden kesinti ve/veya işveren katkısıyla oluşturulan sigorta fonları aracılığıyla sağlık hizmeti finansmanı gerçekleşir. Özel sigorta yolu ile finansmanda ise bireyler tarafından veya işverenleri tarafından yaptırılan özel sağlık sigortası poliçeleri kapsamında sağlık hizmetinin finansmanı gerçekleştirilir (Wanless, 2009:21-22)

Sağlık hizmeti tüketimi en yalın haliyle bir tüketici ve hizmet sunucu arasında gerçekleşen bir ticari işlemidir. Tüketici (hasta), sağlık hizmeti gereksinimi doğrultusunda bir hizmet sunucuya başvurarak sağlık hizmeti alır. Bu hizmetin bedelini doğrudan üstlenerek ödemeyi kendisi gerçekleştirir. Şekil bu basit iki taraflı işlemi gösterir.

Şekil 14, en basit sağlık hizmeti finansmanı modeli olan cepten ödeme, doğrudan finansman veya sağlık hizmetinin bireysel finansmanı ve benzeri şekilde adlandırılan ve sağlık hizmeti finansmanının sağlık hizmeti tüketen kişinin sorumluluğu olduğu sistemdir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmeti talep eden kişi arzı gerçekleştiren kişi veya organizasyona hizmet ücretini kendisi, kendi temin edeceği fonlarla öder. Bu yöntem basit bir piyasa işlemidir ve piyasa koşullarında gerçekleştirilen diğer ticari işlemler için geçerli olan kurallar burada da geçerlidir. Bu basit sistemde, hasta hekim arasında mevcut olan bilgi asimetrisi kaynaklı olarak hizmet sunucunun hastaya ihtiyacı olmayan (ihtiyacı olanın ötesinde) sağlık hizmeti sunarak hastanın ihtiyaç duyduğunun ötesinde

sağlık hizmeti tüketmesi sağlanabilir. Bu tipik bir ahlaki tehlike (moral hazard) sorunudur ve doğal olarak diğer tarafında tüketici için bir ters seçim (adverse selection) sorununu da beraberinde getirir. Bilgi asimetrisi kaynaklı bu sorun aynı zamanda arz tarafından yaratılan talep (supplier induced demand) için de güzel bir örnektir.



Şekil 14. Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin basit 2 taraflı işlem

Kaynak: Getzen, 2007: 7.

Doğrudan finansman, özellikle batı sağlık sistemlerinin gelişim sürecindeki ilk aşamada yaygın bir biçimde var olan bir özelliktir. 20. yüzyıl başlarına kadar pek çok batı sağlık sisteminde sağlık hizmetlerine erişim gelir düzeyi ile doğrusal orantılı olup özellikle fakirler ve kimsesizlerin sağlık hizmeti erişimi hayır kurumları tarafından organize edilen sağlık hizmetleri ile sınırlı idi (Griffin, 2006;4-6). İslam dininin hakim olduğu coğrafya da ise, özellikle 19. yüzyıla kadar olan dönemde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı vakıflar tarafından üstlenilmiştir (Toraman vd., 2007).

1881 yılında Almanya Şansölyesi Otto von Bismarck, endüstriyel tesislerde çalışanlar için hastalık ve yaralanmalara karşı güvence sağlayan ve ölüm durumunda geride kalanlar için birtakım güvenceler içeren bir sigortayı zorunlu hale getiren yasal düzenlemeyi gerçekleştirmiştir. Daha sonra, 1883 yılında çalışanlar ve ailelerinin sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik, çalışanlardan kesinti ve işveren katkısı ile finanse edilen bir sosyal sigorta tesis edilmiştir. Bu sosyal sigorta uygulamalarının ilki olarak bilinir. Birleşik Krallık 'ta benzer bir düzenleme 1911 yılında gerçekleştirilerek

Çalışanlar ve ailelerinin sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına alan bir sigorta tesis edilmiştir. 1912 yılında Rusya’da benzer bir sigorta tesis edilmiş ve 1930’lara varıldığında nerdeyse tüm Batı ve Orta Avrupa lkelerinde sağlık hizmetleri sunumunu finanse etmeye yönelik benzer sigorta sistemleri tesis edilmiştir (Tulchinsky ve Veravikova, 2009:13).

Bismarck Modeli olarak bilinen, Almanya’daki uygulanan model, zorunlu sağlık sigortası ve özel sektör tarafından hizmet sunumu üzerine inşa edilmiştir. Birleşik Krallık ‘ta ise Beveridge modeli olarak bilinen ve sağlık hizmetleri finansmanının devlet tarafından genel bütçe kapsamında üstlenildiği ve sunumun özel sektör tarafından yürütüldüğü model ortaya çıkmıştır. Sovyetler Birliği’nde 1938 yılında başlayan uygulama ise sağlık hizmetleri finansmanının genel bütçe olanakları ile finanse edildiği ve devlet kurumları tarafından üretildiği bir modeldir. Bu uygulamalar bir şekilde tüm yurttaşların sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık hizmetlerine finansal erişimin evrensel hale getirildiği sistemlerdir (Wonderling vd. 2005:166-167). Bu tür sistemlere evrensel sağlık hizmetleri sistemi de denilmekte ve ağdaş sosyal devlet yükümlülüklerinden biri olarak görülmektedir.

Osmanlı Devleti’nde ilk sosyal sigorta uygulaması 1866 yılında kurulan Askeri Tekaüt Sandığı ile başlar. Bunu 1881 yılında sivil memurlar için kurulan emekli sandığı, izler. Daha sonra farklı kurumlarda çalışan memur ve işçilere yönelik emekli sandıkları tesis edilerek sosyal sigortanın kapsamı genişletilmiştir (Güvercin, 2004:91). Ancak anlaşılacağı üzere Osmanlı Devletinde sosyal sigortaya ilişkin tekil bir kurum veya düzenleme hayata geçirilmemiştir. Klasik dönemde de emekli sandığı ve sosyal güvence işlevlerini gerçekleştiren birtakım yapılar mevcuttu. Bunlar genellikle vakıflardan, loncalar ve ocaklardan oluşmakta veya devlet tarafından belirli kaynaklardan elde edilen gelirlerden pay aktarılması suretiyle finanse edilmekte idi. Özellikle de Enderun ve Kapıkulu sınıfına emeklilikte gelir sunmaya yönelik bu yapılar kadılar tarafından yürütülen bir mekanizma ile yoksul ve kimsesizlerin iaşesini sağlamaya yönelik işlevleri de yerine getirmiştir (Toraman vd. 2006).

Cumhuriyet döneminde sosyal güvence sisteminin Osmanlı’daki dağınık yapısı devam etmiştir. Her ne kadar 1936 yılında ıkarılan İş Kanunu sosyal sigortaların kuruluşuna ilişkin birtakım ilkeleri içerse de 1945 yılına gelinceye kadar bir sosyal güvenlik sistemi

oluşturulamamıştır. 1945-1964 yılları arasında çıkartılan çeşitli yasalar sosyal sigorta sisteminin işçi tarafının temellerini oluşturmuş ve nihai olarak 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu ile dağılık mevzuat bir bütün haline getirilmiştir. 1971 yılında Bağ-Kur Kanunu'nun çıkartılması, 1949 yılında Emekli Sandığı'nın kurulması ile başlayan sosyal sigorta sistemi oluşturma süreci tamamlanmış ve toplumun tüm kesimlerinin bir biçimde sosyal güvence altına alınmasına yönelik mekanizmalar oluşturmuştur. 1961 Anayasası sosyal güvenlik ve sağlığı birer hak olarak tanımlayarak bu hakların sağlanmasını devlete yüklemiştir. Bu doğrultuda 1961 yılında çıkartılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası bütün sağlık hizmetlerinin genel bütçe olanakları ile finanse edilerek herkesin erişimine açılmasını öngörmüştür (Güvercin, 2004:91-92). 2006 yılında başlatılan sosyal güvenlik reformu sonucunda bu dağılık yapı birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu tesis edilmiştir. Bu reform doğrultusunda genel sağlık sigortası tesis edilerek evrensel kapsamlı bir sağlık sistemine geçilmiştir.

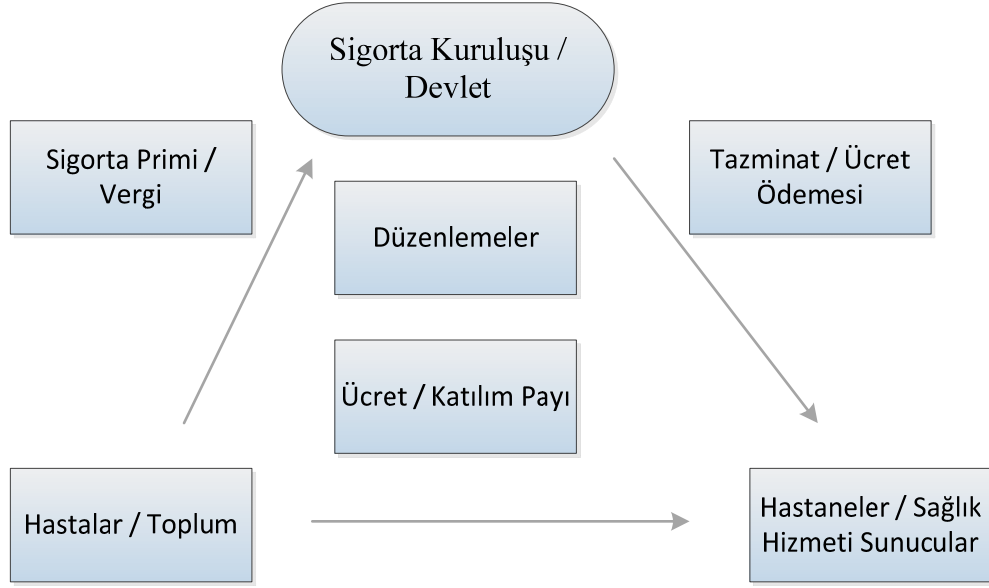
Özel sağlık sigortası olarak değerlendirilebilecek uygulamalar Avrupa'da 18. yüzyılda görünmeye başlamıştır. Gelişiminin ilk evrelerinde bu tür sigortalar sadece zenginlerin erişebildiği, katılımı gönüllülük temelli uygulamalardır. Bu sistem 19. yüzyılda Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygınlaşmaya başlamıştır. Özel sağlık sigortalarının bir sağlık sistemi finansmanı modeli olarak ortaya çıkması ise 20. yüzyıldadır (Wonderling, vd. 2005:165-166).

Özel sağlık sigortasına ilişkin ilk yaygın uygulama 1929 yılında ABD'de görülmektedir. Hastane bakımına yönelik ilk örnek, Dallas'ta öğretmenlere yönelik olarak Baylor Üniversitesi sağlık tesislerinde yıllık 21 günlük yatarak tedavi güvencesini 6 dolara sunan Blue Cross adlı sigorta uygulamasıdır. Bu sigorta sistemi ortaya çıktığı dönemin özellikleri nedeniyle hızlı bir şekilde yayılmıştır. 1929 yılında ABD ekonomisi ile başlayan Büyük Buhran hastaneler için ücret tahsilâtının özellikle zorlaştığı bir dönemdir. Sağlık sigortası, hem hastaların olası sağlık hizmeti gereksiniminde ortaya çıkacak büyük harcamaları güvence altına aldığı, hem de hastanelerin sundukları hizmetin finansmanını güvence altına aldığı için hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır (Risse, 2009:503; Barr, 2007:72; Gapenski, 2009:56-57; Braverman, 2010:5). Ülkemizde ilk özel sağlık sigortası uygulaması ise 1938 yılında Anadolu Sigorta AŞ tarafından gemi kurtarma çalışanlarına yönelik hastalık sigortasıdır. Güncel anlamda ilk sağlık sigortası

uygulamaları ise 1976 yılında Başak Sigorta AŞ tarafından Ziraat Bankası mevduat müşterilerine yönelik bir grup sağlık sigortası uygulamasıdır (Karacık ve Atlı).

Sağlık hizmeti finansmanında sosyal sigorta sistemleri veya özel sağlık sigortası sağlık hizmeti tüketicilerini sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerine karşı güvence altına almakta, sağlık hizmeti gereksinimindeki belirsizliğin beraberinde getirdiği riskleri azaltmaktadır. Bu tür sigorta uygulamaları sağlık sisteminde maddi kaynakları bir havuzda toplayarak sağlık hizmeti sunucularına aktarımını üstlenir. Sağlık sistemlerinde bu işlev üçüncü taraf ödeme sistemi olarak adlandırılır. Üçüncü taraf ödeme sistemi özel sağlık sigortası sunan bir özel kuruluş olabileceği gibi sosyal sigorta kurumları gibi kamu kuruluşları da olabilir. Hatta bazı sağlık sistemlerinde üçüncü taraf ödeme sistemleri sadece genel bütçe kuruluşlarından oluşabilir. Ayrıca sağlık sistemi ve üçüncü taraf ödeme sisteminin kuralları ve özelliklerine göre sağlık hizmetinin finansmanının sağlanmasında üçüncü taraf ödemesi ve hasta tarafından ödeme eşzamanlı biçimde var olabilir. Bu tür birincil (hasta tarafından) ödemeler çoğu durumda katılım payı veya üçüncü taraf ödeme sistemi tarafından kapsanmayan hizmetlerin finansmanı biçiminde olabilmektedir (Robinson, 2006:33).

Şekil 15 üçüncü taraf ödeme sistemlerinin yer aldığı bir sağlık finansman sistemini göstermektedir. Burada ister işveren, ister çalışan, ister hastalardan oluşan toplum üyeleri ödemeyi gerçekleştiren üçüncü tarafa ekonomik kaynak aktarmaktadır. Ödemeyi gerçekleştiren üçüncü taraf veya özel bir kuruluş olabilir. Toplum devlete vergi, kamu kuruluşu veya özel kuruluş olabilecek sigorta kuruluşuna ise primler yoluyla kaynak aktarır. Devlet sistemin işleyişine ilişkin yasal düzenlemeleri, sigorta kuruluşları ise bu düzenlemeler doğrultusunda sistemin işleyişine ilişkin kuralları ortaya koyar. Herhangi bir sağlık hizmeti sunucusu sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirdiğinde mevcut kurallar çerçevesinde üçüncü taraf ödeme sistemi tarafından tazmin edilir. Bazı durumlarda ise hasta, mevcut düzenlemeler ve kurallar çerçevesinde doğrudan hizmet sunucuya katılım payı veya hizmet bedeli ödemesi yapar.



Şekil 15. Üçüncü Taraf Ödeme Sistemleri Aracılığıyla Sağlık Hizmeti Finansmanı

Kaynak:Getzen,2007:10.

Üçüncü taraf ödeme sistemlerinin farklı sağlık sistemlerinde bu denli yaygın tercih edilmesinin nedeni sistemde yer alan tüm taraflar için birtakım faydalar sağlamasıdır. Hastalar finansal belirsizliği engelleyecek biçimde riskleri birleştirerek çok pahalı olması muhtemel sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir. Sağlık hizmetleri sunucuları ise sigorta olmaması durumuna göre artan talep ve ödemelerde düzenlilikten istifade eder. Bu özellikle sağlık hizmetleri maliyetlerinin yüksek olduğu hastane tedavilerinde ön plana çıkan bir faydadır. Son olarak ise fonları bir araya getirerek ihtiyaç duyulduğunda sağlık hizmeti ücreti ödemesini üstlenen üçüncü taraf ödeyici veya sigorta kuruluşu gelmektedir. Sigorta kuruluşu özel bir kuruluş olması durumunda prim tahsilatları ile teminat ödemeleri ve yönetim giderleri arasındaki müspet farkı gelir olarak edinmekte, hatta müspet bir fark olmaması durumunda dahi havuzdaki fonların kontrolünü elinde bulundurduğu dönemde finansal işlemlerden gelir elde edebilmektedir (Getzen, 2007:81-82). Sigorta sağlayıcının kamu kuruluşu olması durumunda ise devlet bu kuruluşlar aracılığıyla hem sosyal hem de sağlık politikalarını hayata geçirebilmektedir. Sağlık hizmeti finansmanı ve sunumunun devlet eliyle gerçekleştirildiği sistemlerde de kaynakların toplanması ve tahsisi için kullanılan kurumsal yapılar ve işleyişler sağlık hizmeti üretimi ve sunumunu gerçekleştiren

kurumsal yapılardan farklı olduğu için bir tür üçüncü taraf ödeme sistemi ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının kamu kesimi tarafından üstlenildiği sağlık sistemlerinde evrensel sağlık sigortası kapsamı eğilimi hakim olmaktadır. Bu eğilimin nedeni evrensel erişim sağlayan sistemlerin sunduğu faydalardır. Bu faydalar şunlardır (Mooney, 2003:110):

- Evrensel kapsamlı sağlık sistemleri tüm yurttaşların sağlık hizmetlerine finansal erişimine imkân sağlayarak nüfusun sağlık ve üretkenlik düzeyini artırır.
- Sağlık hizmeti almayı maddi olarak üstlenemeyecek sigortasız hastalar için gerekli olan güvenlik ağı görevi üstlenmiş çok sayıda kuruma gereksinimi ortadan kaldırır.
- Sigorta kapsamı durumunun kontrolü gibi pek çok bürokratik işlemi ortadan kaldıracağı için daha düşük idari maliyetler doğurur.
- Devletin sağlık hizmeti sunan kurumlar karşısında elini güçlendirerek pazarlık gücünü artırır.
- Sağlık sigortaları açısından hatalı seçim sorununu ortadan kaldırır.
- Sosyal adaleti güçlendirir.

Evrensel kapsamlı sağlık sigortası olan pek çok sağlık sisteminde dahi üçüncü taraf ödeme sistemlerinin yanı sıra hasta tarafından cepten ödeme devam etmektedir. Cepten ödeme maliyet paylaşımına yönelik katkı payı ödemeleri şeklinde olabildiği gibi, sağlık sigortası tarafından kapsanmayan sağlık hizmetlerinin ücreti biçiminde olabilmektedir. OECD ülkeleri arasında evrensel kapsamlı sağlık sigortası fazlaca yaygın olsa da bu sağlık sigortalarının kapsamı, maliyet paylaşımına yönelik mekanizmaları ve dolayısıyla hasta tarafından cepten ödeme payı değişmektedir. Bu değişik miktarlardaki cepten ödemeler ise sağlık hizmetlerine erişimde finansal engeller teşkil edebilmekte ve özellikle ödeme miktarlarının hasta gelirine oranla yüksek olduğu durumlarda hastaların ihtiyari olarak gördükleri sağlık hizmetlerini almamaları veya eksik almalarına neden olmaktadır. Ancak bu tür ödemeler ihtiyari olmayan hastane bakımı ve benzeri yüksek maliyetli sağlık hizmetleri tüketimi üzerinde çok az etkiye sahiptir (Docteur ve Oxley, 2003:9-11).

2.2. Sağlık Hizmetleri Sunumu Organizasyonu

Sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren aktörler ve bunların organizasyon biçimi büyük ölçüde sağlık finansmanı tercihleri ve politikaları tarafından belirlenir. Sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin yapılabilecek en temel ayırım hizmet sunucuların mülkiyeti ve iş modeli doğrultusunda olacaktır. Burada iki farklı mülkiyet olanağı ortaya çıkmaktadır. Bunlar özel mülkiyet ve kamu mülkiyetidir. Sağlık hizmeti sunucularının iş modeli ayırımında ise kar amaçlı ve kar amaçlı olmama ayırımı yapılabilir. Diğer önemli ve temel bir ayırım ise sunulan sağlık hizmetlerine erişimin koşulları (finansal erişim) doğrultusundadır. Burada evrensel erişim sunan ve sunmayan sistem alternatifleri vardır. Sağlık hizmetlerine evrensel erişim sunan sağlık sistemlerinde sağlık hizmetleri bir yurttaşlık hakkıdır ve belirli kurallar çerçevesinde de olsa tüm vatandaşlara sunulur. Evrensel erişim olmayan sistemlerde ise sağlık hizmetlerine erişim hizmetin finansmanını sağlamakla koşulludur. OECD ülkeleri arasında ABD sağlık hizmetlerine evrensel erişim sunmayan başlıca örnektir (Savage vd., 2011:6).

Evrensel erişimli bir sağlık sistemi olsun veya olmasın hükümetler sağlık sistemlerinin şekillenmesinde ve işleminde birincil düzeyde etkilidir. Pek çok sağlık sisteminde devlet, doğrudan veya dolaylı olarak hem en büyük üretici hem de en büyük müşteri konumundadır. Bu roller ise farklı gruplara karşı farklı sorumlulukları seçilmiş siyasi otoritenin üzerine yüklemektedir. Diğer pek çok farklı alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de devlet farklı grupların çıkarlarını dengelemek, vatandaşlarına etkin ve etkili hizmet sunmak, bunları yaparken de kamu maliyesi gereksinimlerini sürekli olarak göz önünde bulundurmak zorundadır. Bu ise sürekli olarak gündemde olan sağlık reformu girişim ve çalışmalarının temel nedenini oluşturmaktadır (Dixon, 2006:13). Sağlıkta reform süreçleri devletin sağlık sistemi üzerinde belirli hedef ve kısıtlar doğrultusunda optimizasyon çalışmaları olarak düşünülebilir.

Sağlık sistemleri arasındaki temel ayrışma, yukarıda ifade edildiği üzere hizmet sunumunun organizasyonu ve finansmanı boyutlarında gerçekleşir. Bu ayrışmanın biçim ve boyutu ise sağlık sisteminde devletin rolünün boyutu ile alakalıdır. Sağlık hizmetleri sunum ve finansmanına ilişkin pek çok farklı alternatifler bulunmakla beraber bu işlevlerde en fazla rolü piyasaya yükleyen sağlık sistemlerinde dahi kamu sektörünün kayda değer bir varlığı mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin sunum ve

finansmanında piyasaya en fazla pay veren sağlık sistemi ABD'dedir. ABD sağlık sistemi sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin parametreleri kendisi belirleyen çok sayıda özel sektör işletmesi tarafından gerçekleştirilmektedir (Campbell, 2008:85). ABD'de 2005 yılı sağlık harcamaları GSYH'nin %15.2 si düzeyinde gerçekleşmiş ve bunda devletin payı %45.1 düzeyinde olmuştur. Devlet tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamaları toplam kamu harcamalarının %18.7 si düzeyindedir. Türkiye'de aynı yıl sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı %4.2, devletin payı %71.4 ve sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki payı %13.9 düzeyindedir. Sağlık harcamalarında kamu payının en yüksek olduğu sanayileşmiş ülke olan Lüksemburg'da dahi devletin payı %90 düzeyinde en düşük olduğu Hindistan'da %19 düzeyindedir (Civan, 2009:287). Anlaşılacağı üzere sağlık sistemlerinde devletin payı farklılık gösterebilmekle beraber şu veya bu şekilde veya oranda devlet sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında rol üstlenmektedir.

Sağlık hizmetleri üretimini gerçekleştiren kurumlarda mülkiyet esaslı ayırmda kamu ve özel mülkiyet olasılıkları, iş modeli esaslı ayırmda ise kar amaçlı ve kar amaçsız olasılıkları ortaya çıkmaktadır. Kar amaçlı sağlık kuruluşları tanım gereği özel mülkiyet statüsünde yer alırken kamu mülkiyetindeki sağlık kuruluşları ise tanım gereği kar amaçsız olacaktır. Bunlar dışında ise kar amacı gütmeyen ancak özel mülkiyet olan sağlık kuruluşları da sağlık sistemi içinde yer almaktadır. Kar amacı gütmeyen özel sağlık kuruluşları ise çoğu durumda hayır kurumu, vakıf veya benzeri yapılarıdır. Özellikle ABD gibi, sağlık hizmetleri üretiminde özel kesimin büyük rol üstlendiği ülkelerde kar amacı gütmeyen inanç temelli sağlık kuruluşları (kilise hastaneleri vb.) sağlık hizmetleri sunumunda önemli yer tutmaktadır.

Devletin sağlık hizmetleri sunumunda aktif rol üstlendiği sağlık sistemlerinde devlet kamu çalışanı statüsünde doktor, hemşire vb. sağlık çalışanları aracılığıyla devlet kurumlarında sağlık hizmeti sunar (Civan, 2009:299). Bu hizmet sunumu Türkiye, İngiltere ve bazı farklı ülkelerde olduğu gibi genel sağlık hizmeti sunumunun büyük bir bileşeni olabileceği gibi ABD'deki gazi hastaneleri gibi sadece belirli bir grubun sağlık hizmetleri gereksinimini karşılamaya yönelik olabilir (Schulte, 2009:25).

Sağlık hizmetleri sunumunun piyasa mekanizmaları ve özel kuruluşlar aracılığıyla yürütüldüğü sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetlerinden yararlanma (finansal erişim)

sahip olunan ekonomik güç veya sigorta kapsamı tarafından belirlenecektir. Bu tür sistemlerde sağlık sigortası özel sektör tarafından sunulan sigorta biçiminde olabileceği gibi sigorta güvencesinin tamamen veya kısmen devlet tarafından sunumu veya finansmanı mümkündür. Kısmi sigorta modelinde devlet temel sigorta kapsamı sunarken birey tamamlayıcı sigortayı bir şekilde sağlamakla yükümlüdür. Sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanın devlet tarafından üstlenildiği modelde ise temel bir ayırım sağlık hizmetlerine erişimde kontrol mekanizmasının (gate keeping) varlığı doğrudur. Bu kontrol mekanizması bireyin farklı düzeyde (birinci basamak vd.) farklı hizmet sunucuya erişiminin nasıl olacağını belirler. Kontrol mekanizması olmayan sistemlerde birey arzu ettiği düzeyde ve tercih ettiği sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti edinebilmektedir. Kontrol mekanizması olan sistemlerde ise bireyin erişebileceği sağlık hizmeti düzeyi aile hekimi veya benzeri bir ilk başvuru noktası tarafından tayin edilmektedir. Bu sistemlerde ise bireyin sağlık hizmeti sunucuları arasından istediğini seçme hakkı veren ve vermeyen alternatifler mevcuttur (Joumard vd., 2010:13-15). Burada bahsedilen kontrol mekanizması sevk zinciri olarak adlandırılan mekanizma ile benzeşmekle beraber bir alt basamak ve bir üst basamak sağlık kuruluşlarının hizmet sunumundaki koordinasyonu sağlamakla üstlendiği roller açısından farklılaşmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu çok farklı ölçeklerde gerçekleştirilebilir. En küçük ölçekli ve yalın sunum tek bir hekimden oluşabilen aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği farklı adlarla pek çok sağlık sisteminde yer alan bir uygulamadır (Akdağ, 2008:27). Aile hekimi birinci basamak sağlık hizmetleri sunar ve çoğu durumda bireyin sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Ülkemizde aile hekimliği sağlık hizmetine yaygın ve adil (hakkaniyetli) erişimin güvencesi olarak görülmektedir (Akdağ, 2008:56-57).

Genel anlamda birinci basamak sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda tüm sağlık sistemlerinde devletin kayda değer ağırlığı bulunmaktadır. Özellikle halk sağlığı veya sağlığın korunması hizmetleri özel sektör sağlık hizmeti sunucuları dışındaki sunucular tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetler kamu sağlık kuruluşları tarafından veya kar amaçlı olmayan ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde, gönüllü sağlık kuruluşları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin devletler tarafından üstlenilmesi 1978 tarihli Alma Ata Bildirgesi ile tescillenmiştir. DSÖ

tarafından yayımlanan bu bildirge dünya çapında birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve uygulanması için devletlerin acilen ve etkili bir biçimde göreve başlaması ve bu doğrultuda işbirliğine girmesi gereksinimini vurgulamaktadır. Bildirge gerekli sağlık ve sosyal tedbirlerin alınmasında devletin rolünü vurgulayarak yaygın ve adil birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun sosyal adalet gereği tüm insanları sosyal ve ekonomik bir yaşam için gerekli sağlık düzeyine ulaştırılması hedefini ortaya koymuştur (Tulchinsky ve Varavikova, 2009:47-49).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında devletlerin büyük rol üstlenmesi sağlığı temel insan hakları olarak gören görüşün doğal bir sonucudur. Evrensel kapsamlı sağlık hizmeti sunan tüm sağlık sistemlerinin en temel özelliği de birinci basamak sağlık hizmetlerini yaygın ve çoğu zaman ücretsiz bir biçimde tüm vatandaşlara sunmasıdır. Bu hizmet sunumu kamu personel ve kuruluşları aracılığıyla veya kamu tarafından finansmanı sağlanarak özel kuruluşlarca sağlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu ölçeğinin diğer ucunda ise Johannesburg'da yer alan 3200 yataklı, 6700 kişinin çalıştığı Chris Hani Baragwanath Hospital gibi devasa hastaneler, Houston'da 49 sağlık kuruluşundan oluşan Texas Medical Center gibi sağlık kampusları ve 273 sağlık kuruluşunu bünyesinde barındıran Hospital Corporation of America gibi hastane birlikleri yer alır. Ülkemizde ise en büyük sağlık hizmetleri sunucusu Sağlık Bakanlığıdır. Türkiye'de bulunan 1439 hastanenin 843 tanesi Sağlık Bakanlığı'nındır (Sağlık Bakanlığı, 2011b:55).

Sağlık sistemleri arasında önemli bir farklılıkta sağlık sistemlerine erişimin biçimi ile ilgilidir. Sağlık finansmanında devletin rolünün nispeten az olduğu sağlık sistemlerinde istenilen düzeyde sağlık hizmetine erişim bireyin tercihleri veya sağlık hizmeti finansmanını sağlayan sigorta kuruluşu tarafından ortaya konulan kurallar doğrultusunda olmaktadır.

2.3. Türk Sağlık Sistemi

Ülkemizde sağlık politikaları farklı kurumların katkılarıyla geliştirilmektedir. Bu bağlamda roller üstlenen başlıca aktörler Parlamento, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Türk Tabipler Birliği gibi mesleki örgütlerdir (Savaş vd., 2002:23-

36). 2006 yılında farklı sosyal güvenlik kurumlarını SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) bünyesinde birleştiren ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasını tesis eden kanunların çıkarılması ile sağlık hizmetleri finansmanının kamu ayağındaki çok başlılık ortadan kaldırılmıştır. Sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli roller üstlenen Sağlık Bakanlığı oluşturulan politikaların uygulanmasında başlıca yetkili olup, genel bütçe olanakları ile sağlık hizmeti üretimi ve sunumunu gerçekleştiren başlıca hizmet sağlayıcıdır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:453).

2.3.1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı

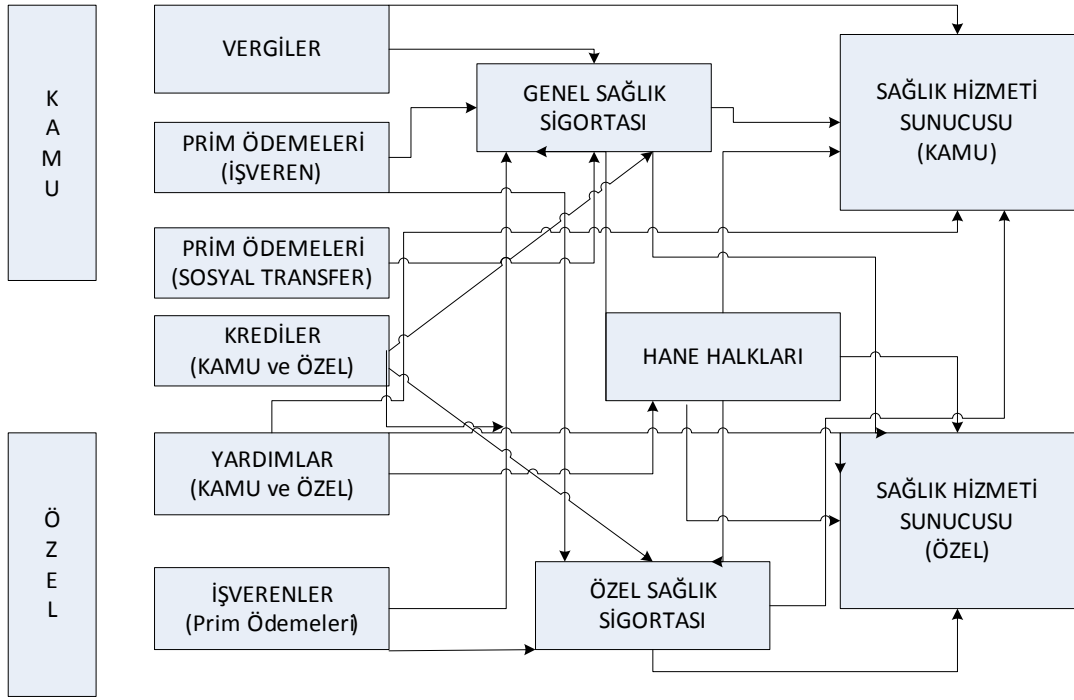
Ülkemizde 2006 yılı öncesinde; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, çalışan memurların işvereni konumundaki kamu kuruluşları ve yeşil kart uygulaması yoluyla parçalı, çok bileşenli ve standardı olmayan bir sağlık hizmeti finansmanı modeli uygulanmıştır. Reform öncesi dönemde sağlık hizmetlerine finansal erişim koşulları, erişilebilen sağlık hizmeti sağlayıcısı ve alınabilen hizmetin tür ve kapsamı bağlı bulunan sosyal güvenlik kuruluşu uygulamaları doğrultusunda farklılık arz etmiştir. 2006 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Projesi adı ile anılan reform programı kapsamında SGK ve GSS kanunları sosyal sigorta kuruluşlarını tek çatı altında toplayarak sağlık hizmetleri finansmanı için standart bir yapı tesis etmiştir. Reform öncesi dönemde özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim cepten ödeme veya tedrici özel sağlık sigortaları yoluyla finanse edilmiş, toplumun büyük kesimlerinin sağlık gereksinimleri ise mensubu bulundukları sosyal sigorta kuruluşunun sunduğu koşullar doğrultusunda karşılanmıştır.

Reform sonrası durumda sağlık hizmetleri finansmanında üç temel kaynak; 1) Genel bütçe olanakları (vergi gelirleri) yoluyla, 2) sosyal sigorta primleri ve 3) sağlık kuruluşlarına yapılan katkı payı ödemeleri, özel sağlık kuruluşlarına cepten ödeme ve gönüllü (tedrici) sağlık sigortası primleri yer almaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:453-455).

Türk sağlık sisteminin finansmanında kullanılan karma yapı Şekil 16’da görülmektedir. Şekilden de anlaşılacağı üzere sağlık harcamaları finansmanı hem kamu hem de özel sektör kaynakları tarafından sağlanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi ve yerel yönetimler tarafından yapılan harcamaların yanı

sıra sosyal güvenlik kuruluşları da yer almaktadır. Özel sektör sağlık harcamaları ise hane halkları tarafından cepten ödeme biçiminde yapılan harcamalar, işletmelerin çalışanları için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortası kuruluşları ve çeşitli kuruluşlarca yapılan yardımlardan oluşmaktadır.

Şekil 16’da yer alan fon akışı sağlık ve sosyal güvenlik reformu sonrası Türk sağlık sisteminde oluşan fon akışıdır. Reform öncesi dönemde sosyal güvenlik kurumlarının bölünmüşlüğü ve her güvenlik kurumunun sağlık hizmetleri sunumu ve hizmet fonlamasının farklılığı çok karmaşık bir fon akışına neden olmuştur. Reform ile beraber hem sosyal güvenlik kurumları tek bir çatı altında toplanmış hem de sağlık hizmetleri finansmanı genel sağlık sigortası yoluyla basitleştirilmiştir. Genel sağlık sigortası uygulaması ile beraber ülkemizde evrensel kapsamlı bir sağlık sistemi kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinin temel finansmanı ise genel sağlık sigortası primleri yoluyla olmaktadır. Sigorta primleri kişi başına düşen hane halkı gelir düzeyi doğrultusunda belirlenmekte, gelir düzeyine göre sigorta primi azalmakta, gelirin belirli bir eşik değer altında olması durumunda ise sigorta primi devlet tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca sistemde özel sağlık sigorta kuruluşları, çeşitli birey veya kuruluşlarca yapılan yardımlar ve cepten ödeme ile sağlık hizmeti finansmanı mekanizmaları varlığını devam ettirmektedir. Ayrıca kamu kesimi tarafından sağlık hizmeti sunumu bu sunumu gerçekleştiren kurumların doğrudan finansmanı mekanizmasını da gerekli kılmaktadır.



Şekil 16. Türk Sağlık Sisteminde Fon Akışı

Ülkemizde sağlık hizmetlerine kaynak tahsisi genellikle genel bütçe kuralları çerçevesinde gerçekleştirilmekte ve karma ödeme biçimlerinden faydalanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bütçe kaynakları hastanelere global bütçe biçiminde tahsis edilmektedir. Sağlık hizmeti bedellerinin SGK tarafından geri ödenmesinde, yani hizmet alımı tarifesinde ise paket fiyat (vaka başına ödeme) uygulamasına başvurulmakta, ancak Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 stratejik planı doğrultusunda benzer teşhis grupları bazında ödemeye (DRG, diagnosis related group) geçilmesi öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010:109). Bu iki ödeme sistemi birbirleri ile ilişkilidir. Vaka başına ödemede aynı tedavi süreçlerini gerektiren her vaka için ortalama bir fiyat ödenirken teşhise göre ödemede ise aynı hastalığa sahip bireyler homojen teşhis gruplarına göre sınıflandırılmakta, ilgili teşhis grubunun tedavi gereksinimleri doğrultusunda fiyat belirlenmektedir (Tengilimoğlu vd, 2009:240-241).

2.3.2. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu

Sağlık reformu öncesinde var olan, SSK, Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, Yerel Yönetimler, farklı Bakanlıklar ve KİT'lere ait sağlık hizmeti sunumu gerçekleştiren,

kamuya ait sağlık hizmeti sunucuları, reform ile beraber nispeten birleştirilmiştir. Reform sonucunda SSK hastaneleri ile Savunma Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri haricindeki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerinde tekel, tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise en büyük hizmet sunucu olarak faaliyet göstermektedir. Özel sektör sağlık hizmeti sunucuları ise özel muayenehane hekimleri, diş hekimleri, özel hastaneler ve poliklinikler, vakıf hastaneleri ve özel laboratuvarları da içeren bir yelpazeyi kapsamaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011:455-456).

Sağlık reformu öncesi sağlık ocakları, sağlık merkezleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi kuruluşlarla verilen birinci basamak sağlık hizmetleri, reform sonrası aile hekimliği aracılığıyla sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Savunma Bakanlığı hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler, azınlık ve yabancılara ait hastaneler aracılığıyla yürütölmekte, basamaklar arasında ise bir sevk zinciri işletilmemektedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti almak isteyen bireyler istedikleri basamakta sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 456). Ancak GSS tarafından farklı basamakta farklı katkı payı uygulaması ve özel hastanelerde kamuya göre daha yüksek bir tutarda katılım payı uygulaması sağlık hizmeti tüketicileri açısından gerekenden daha yüksek basamakta bir sağlık kurumuna başvurmamaları için bir teşvik oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2010 yılı itibarıyla ölkemizde 1439 adet hastane bulunmaktadır. Bunların 843'ü sağlık bakanlığı, 62'si Üniversiteler, 45'i ise diğer kuruluşlar bünyesinde faaliyet göstermekte, 48'u ise özel hastane statüsündedir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundaki ağırlığı, hastane yatağı sayısında daha da belirgin olmaktadır. Türk sağlık sistemi bünyesinde bulunan toplam 199.950 hastane yatağının 119.891'i Sağlık Bakanlığı, 35.001'i Üniversiteler, 16.995'i diğer kuruluşlar ve yalnızca 28.063 özel sektör bünyesinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarındadır (Sağlık Bakanlığı, 2011b: 55-56). Bu ise ölkemizdeki özel hastaneleri çoğunlukla ayakta tedavi üzerine odaklanan bir strateji izlediğini göstermektedir. Yatarak tedavinin ayakta tedaviye göre daha fazla kaynak tüketen sağlık hizmetleri olduğunu, ayrıca özel hastanelerin SGK kapsamında sigortalı hastalara uygulayabileceği fiyatların da anlaşma

ile belirlenmiş olduğu göz önünde bulundurulduğunda özel sağlık kuruluşlarının ayakta tedavi kapsamında sağlık hizmetleri sunma tercihleri daha iyi bir biçimde anlaşılmaktadır.

2.3.3. Sağlık reformu

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak da adlandırılan, sağlık sistemimizde son yıllarda yaşanan ve yaşanmaya devam eden köklü dönüşümleri gerçekleştiren reform süreci 2002 genel seçimleri ile işbaşına gelen 58. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından açıklanan Acil Eylem Planı'nın bir bileşeni olarak hayatımıza girmiştir. Söz konusu plan tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin gerekliliğini ve devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlü olduğunu ifade etmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009:101). Bu proje geçmişte yürütölen diğer reform ve proje çalışmalarını da değerlendirerek gelecekte geçilmesi arzu edilen sağlık sistemini tasarlayarak bu sisteme geçiş için gerekli tedbirleri belirlemeye yönelik bir çalışma biçiminde başlamıştır. SDP sağlık hizmetlerinin etkililik, verimlilik ve hakkaniyet doğrultusunda sağlık hizmetlerinin organizasyonunu, finansmanını ve sunumunu hedeflemiştir (Mollahaliloğlu vd., 2007:268).

Sağlık Bakanlığı (2003:25) SDP'nin temel ilkelerini şu şekilde sıralar:

- İnsan merkezlilik: Sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten yararlanacak bireyin, ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almak.
- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek sisteminin ölkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendi kendini besleyerek devamlılık arz etmesi.
- Sürekli kalite gelişimi: Sunulan hizmet ve elde edilen sonuçlar açısından, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalardan öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulması.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında tüm ilgili tarafların görüş ve önerilerinin alınarak yapıcı bir diyalog ortamı sağlayacak platformların oluşturulması.
- Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında, karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma anlayışıdır.

- Gönüllülük: Sistemde hizmet sunan ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almasıdır.
- Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirlerinden ayrılmasıdır.
- Desentralizasyon: İdari ve mali kararların merkezi olarak değil sağlık hizmeti arz ve talebinin olduğu yerde alınmasıdır.
- Hizmette rekabet: Sağlık hizmeti sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp, belli standartlara uygun farklı hizmet sunucuların yarışmasının sağlanmasıdır.

Sağlık Bakanlığı SDP'nin uygulanmasında gerekli olan bileşenleri sekiz ana başlıkta toplamıştır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-37):

- Planlayıcı ve düzenleyici bir Sağlık Bakanlığı: Sağlık Bakanlığı politika geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda, ülkenin kamu ve özel sektör aracılığı ile sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde kullanılmasını sağlamakla görevli en üst düzey otoritedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırılması sağlanarak Bakanlık planlama ve düzenleme yapan stratejik bir örgüt haline getirilecektir.
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS): SDP'nin hakkaniyet ilkesince, vatandaşların ödeme gücü doğrultusunda katkıda bulunacağı ve hizmet ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulacaktır.
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi: Ülkenin tüm yerleşim birimlerine yaygınlaştırılmış sağlık hizmeti sunucu ağı oluşturulacaktır. Bu doğrultuda özel teşebbüs ve vakıf-dernek gibi kar amacı gütmeyen sağlık hizmet sunucularının da sistemde yaygınlaşması sağlanacaktır.
 - o Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Temel sağlık hizmetleri alanında iyi tasarlanmış, yüksek performanslı bir sağlık sistemi oluşturulacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, daha yakın hasta-hekim ilişkisi tesis edilmesi ve sağlık hizmetlerinin önleyici özelliklerinin artırılması için bireylerin kendi seçecekleri aile hekimleri aracılığıyla yürütülmesi hedeflenmektedir.

- o Etkili, kademeli sevk zinciri: Etkin aile hekimliği sisteminin kurulmasının ardından ikinci basamak verimliliğini arttırmaya yönelik olarak etkili ve kademeli bir sevk zinciri planlanmaktadır. Hastaların sağlık hizmeti gereksiniminin büyük oranda birinci basamakta çözümlenebilir olması, hastanelerde yoğunluğu azaltarak ikinci basamak hizmet kalitesi ve etkinliğini arttıracaktır.
- o İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Ülkedeki sağlık hizmeti sunucularının tümü sigorta kurumu ile anlaşma yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydıyla bütün vatandaşlara hizmet verebilecek hale getirilecektir. Sağlık Bakanlığı hastanelerin verdiği hizmeti hizmet kalitesi ve sözleşme şartlarına uyum açısından denetleyici bir rol üstlenecek, sağlık hizmeti finansmanı kurumlar değil bireyler üzerinden sağlanacaktır.
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlıklı insan gücü: Sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerin, yetki ve sorumlulukları yeniden tanımlanarak gelişimlerini sağlamaya yönelik tedbirler öngörülmektedir. Özellikle sağlık kurumlarının yönetiminde ortaya çıkan yetişmiş insan israfını önlemeye yönelik olarak profesyonel yöneticilerin bu sorumlulukları üstlendikleri bir yapı düşünülmektedir. Böylece sağlık hizmeti sunumunda uzmanlaşan personelin amaç dışı kullanımı önlenecektir.
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları: Dönüşümde başarı ve başarının sürdürülebilirliğini sağlamaya yönelik olarak, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmesi, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularında uzmanlaşmış personele ihtiyaç vardır. Bu nitelikli insan gücünü yetiştirmek, sağlık araştırma ve analizleri yapacak, sağlık politikası konusunda siyasi iradeye bilgi ve uzmanlık desteği sağlayacak eğitim ve araştırma kurumlarının oluşturulması amaçlanmaktadır.
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon: Sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin standardizasyon sağlayacak, hizmet sunum süreci ve hizmet kalitesini denetleyecek bir Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurulu kurulması öngörülmektedir. Söz konusu kurulun ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon işlevlerini düzenlemesi öngörülmektedir. Kurum sağlık sonuçlarını

ölçmek için sistemler geliştirerek elde edilen ölçüm bilgileri doğrultusunda performans göstergeleri oluşturacak ve performans bilgisini gerekli paydaşlarla paylaşacaktır.

- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılandırma: Tıbbi cihaz ve malzemelerin standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların sistem içinde akılcı kullanımına yönelik planlama ve koordinasyon sağlayacak kurulların oluşturulması öngörülmüştür.
 - o Ulusal İlaç Kurumu: İlaçlarla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ruhsatlandırma, üretim, pazarlama, ar-ge faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere Ulusal İlaç Kurumunun oluşturulması amaçlanmıştır.
 - o Tıbbi Cihaz Kurumu: Tıbbi cihaz ve malzemede denetim, sertifikasyon ve kalibrasyon gibi konularda gerekli düzenleme ve çalışmaları yapmak üzere bağımsız bir kurum kurulması öngörülmüştür.
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim için Sağlık Bilgi Sistemi: Dönüşüm programının tüm bileşenleri ve aşamaları arasında uyum için entegre bir sağlık bilgi sistemi kurulması öngörülmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı 2003 yılından itibaren uygulanmaya konulmuş ve aşamalı, pilot uygulamalar temelli, bazen ise kökten değişiklikler gerçekleştirilerek uygulanmıştır. Yapılan ilk işlerden biri ambulans (112 acil) hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi olmuştur. Bunu ödeme yapılmadığı için hastaneden taburcu olmanın engellenmesi uygulamasının kaldırılması izlemiştir. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplam kalite yönetimi uygulanmaya başlanmıştır. 2003 yılında performansa dayalı ücret sistemi 10 hastanede pilot uygulama olarak başlatılmış, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kızamağa karşı aşı kampanyaları organize edilmiştir.

2004 yılına gelindiğinde bireysel performansa dayalı ücret sistemi Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet sunucularının tümüne yayılmıştır. Yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması, geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun kurulması, hekim seçme hakkının Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlanması ve ülke genelinde gebelikte ücretsiz demir desteği sağlanması uygulamaları takip etmiştir.

SDP'nin 2005 yılı uygulamalarından belki de en önemlisi SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi olmuştur. Aynı dönemde performansa dayalı ücret sistemine kurumsal kriterler ve kalite kriterleri eklenmiştir. Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının ödeme kapsamına alınması, SSK hastanelerinin kapatılarak üyelerin özel eczanelere erişimine izin verilmesi, yeşil karta ilaç için katkı payı getirilmesi, aile hekimliğinin pilot uygulamasının başlatılması ve ilaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin hazırlanması bu dönemde yaşanan önemli gelişmelerdir.

2006 yılında SB hastaneleri için global bütçe uygulanmaya başlamış, sosyal güvenlik kurumlarının SGK bünyesinde entegrasyonuna başlanmış, aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılmaya başlanmıştır. Bu dönemde Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilaç takip sistemi olan MEDULA geliştirilmiş, sağlık için Kamu Özel Ortaklığı Kanunu TBMM'de kabul edilmiştir. Aynı dönemde kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşıları rutin aşılama programına alınarak koruyucu hizmetler geliştirilmiştir.

2007 yılına gelindiğinde birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim evrensel hale getirilerek hizmetten faydalanmada SGK üyelik koşulu kaldırılmıştır. Bu dönem yeni Sağlık Uygulama Tebliğinin yayınlanması ile hastaların üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına erişiminde, kronik hastalıklarda ilaca erişiminde devrimsel nitelikte değişimler gerçekleşmiş, yatan hastaların tüm ilaç ve malzeme giderlerinin sigortaca karşılanarak herhangi bir ücret çıkarılmasını cezalandırma uygulaması başlatılmıştır. MEDULA hastane entegrasyonu ve CPT ile ICD-10 temelli paket ödeme sistemi uygulamaya konulmuştur.

2008 yılında aile hekimliği uygulaması kapsamı daha da geliştirilerek 2009 yılı itibarıyla tüm yurda yayılmıştır. SGK ve GSS kanunlarının kabulü ve onayının gerçekleşmesi, GSS uygulamasının yeşil kartlılarla başlaması ve kamu alanlarında sigaranın yasaklanması yine bu dönemdeki önemli gelişmelerdir (OECD-Dünya Bankası, 2008:37).

OECD ve Dünya Bankası tarafından yayınlanan, Türk sağlık sisteminin incelendiği belgede SDP uygulamalarına ilişkin değerlendirmeler de yer almaktadır. Bu değerlendirmeler özetle şu şekildedir (OECD-Dünya Bankası 2008: 53-85):

- SDP çerçevesinde atılan adımlarla sağlık durumu iyileşmekte ancak ortalama yaşam süresi halen düşük ve bebek ölüm oranları yüksektir.
- Sağlık harcamaları yüksek ancak karşılanabilir düzeydedir.
- Genel Sağlık Sigortası uygulaması yoksullar için erişimde hakkaniyeti arttırmıştır.
- Mahrumiyet bölgelerinde sağlık personeli sayısında kayda değer artışlar sağlanmıştır.
- Hemşire/doktor oranı halen istenilen seviyelere ulaşamamıştır.
- Hekimlerin sadece %30'u pratisyendir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerindeki zafiyetin temel nedenlerindendir.
- Performansa dayalı ödeme hekimlerin durumunda iyileşme yaratmıştır.
- İlaç tüketimi artmıştır.
- Hekime başvuru, yani hekim üretkenliği artmıştır.
- Hastanelere başvuru birinci basamağa başvurudan daha yüksektir.
- Hastanelerde ortalama kalış süresi kısadır.
- Aşılama oranları yüksektir.
- Hizmet memnuniyeti daha az bekleme, sağlık hizmetlerine kolaylaşan finansal erişim vs. nedenlerle artmıştır.

3. Sağlık Kuruluş ve Kurumları

Schulte (2009:25-46) sağlık hizmetleri üreticilerini ayakta ve yatarak tedavi sunumu, hastanenin kapsam ve boyutu, sunulan sağlık hizmetinin düzeyi ve diğer faktörler doğrultusunda sınıflandırmaktadır. Diğer faktörler olarak ele alınan ayrımlar, özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren ayakta tedavi merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, uzun vadeli sağlık hizmetleri sunumu yapan kuruluşlar, huzurevleri, terminal bakım sunan merkezler, acil sağlık hizmetleri sunumu gerçekleştiren kuruluşlar, ruh ve akıl sağlığı hizmeti sunan kuruluşları kapsayan bir kategoridir.

Kavuncubaşı (2007:27) sağlık hizmeti türü ile bu hizmetin sunumunu gerçekleştiren kurumların gösterildiği Tablo 9'u sunmaktadır. Her ne kadar belirli bir sağlık hizmeti türü farklı sağlık kurumlarınca sunulabilse de her sağlık kurumunun uzmanlaştığı sağlık

hizmeti türü farklıdır. Örneğin; sağlık ocağı ve sağlık evlerinin temel ve uzmanlaştıkları faaliyet alanları koruyucu sağlık hizmetleri olmasına karşın bu kurumlar aynı zamanda temel düzeyde de olsa tedavi edici sağlık hizmetleri sunmaktadır. Ancak tedavi hizmetleri hastanelerin uzmanlaştığı sağlık hizmeti türüdür. Sağlık kurumları sağlık hizmeti üretimi ve sunumu için gerekli olan kaynakların bir araya getirildiği ve bünyesinde bulundurduğu kaynaklar doğrultusunda hizmet üreten organizasyonlardır. Temel düzeyde, tekil bir sağlık çalışanının fazlaca tıbbi gereç kullanmaksızın sağlık hizmeti sunduğu dispanser ve revir gibi basit yapılar, ileri ve karmaşık düzeyde ise çok sayıda uzman ve tıbbi gereci bünyesinde bulunduran, ileri derecede uzmanlık gerektiren sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra sağlık personelinin uzmanlaşması için gerekli olan eğitim ve araştırma faaliyetlerini de bünyesinde gerçekleştiren eğitim ve araştırma hastaneleri yer alır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarının verilen sağlık hizmeti türüne göre tasnif edilmesinin yanı sıra verilen sağlık hizmetinin düzeyine göre sınıflandırılması da mümkündür. Temel olarak birinci basamak sağlık kuruluşları koruyucu sağlık hizmetlerini ve ayakta tedavi hizmetlerini sunar. Bu tür sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli olan uzmanlaşma derecesi ve kullanılan tıbbi araç gereç nispeten basit düzeydedir. Bir sonraki aşamada yer alan ikinci basamak sağlık kurumları ayakta tedavi hizmetlerinin yanı sıra yatarak tedavi hizmetleri sunar. İkinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda nispeten daha ileri uzmanlaşma seviyesi ve daha fazla tıbbi araç gereç ve ameliyathane gibi özel alanlar gerekmektedir. Üçüncü basamak sağlık kurumları ikinci basamaktan da daha ileri düzeyde uzmanlık ve tıp teknolojisinin sunduğu en ileri olanakların kullanıldığı sağlık hizmeti sunuculardır. Üçüncü basamak sağlık kurumları pek çok sağlık sisteminde eğitim ve araştırma işlevlerini de üstlenir.

Tablo 9. Sağlık Hizmeti Türleri ve Sunucuları

Sağlık Hizmeti	Sağlık Kurumu
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Aile Hekimliği Sağlık Ocağı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezleri İş Yeri Revirleri Dispanserler Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Okul Sağlık Bölümleri-Mediko-sosyal Halk Sağlığı Laboratuvarları Belediye Çevre Sağlığı Bölümleri
Tedavi Hizmetleri	Hastaneler Özel Muayenehaneler Ayakta Cerrahi Hizmet Merkezleri Dispanserler Hemşirelik Bakım Merkezleri Evde Bakım Terminal Dönem Bakım Merkezleri
Rehabilitasyon Hizmetleri	Rehabilitasyon Merkezleri Hemşirelik Bakım Merkezleri Evde Bakım Terminal Dönem Bakım Merkezleri
Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	Spor Merkezleri Sağlık Eğitim Birimleri Fitness Merkezleri

Kaynak: Kavuncubaşı, 2007:27.

Ülkemizde sağlık hizmetlerini düzenlemede birinci derecede sorumlu olan mercii Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı'nın bu doğrultuda üstlendiği görev ve sağlık hizmetlerine ilişkin temel ilkeler 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda yer almaktadır. Söz konusu kanunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı ile ilgili diğer kanunlarda, genelge ve tebliğlerde sağlık kurum ve kuruluşlarından söz edilir. 9489 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi bunlardan biridir. Bu yönergenin 4. Maddesinin (i) ve (j) bentleri sağlık kurum ve kuruluşlarını tanımlar. Buna göre sağlık kuruluşu "İl sağlık müdürlüğü bünyesindeki sağlık grup başkanlıkları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, toplum sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık istasyonları, halk sağlığı laboratuvarları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler ve benzeri

birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşları” sağlık kurumu ise “Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ifade etmektedir. Bu ayrım kısaca yatarak tedavi hizmeti veren hastaneleri kurum, esas görevi itibariyle koruyucu sağlık hizmetleri ve sadece ayakta tedavi hizmeti verebilecek sağlık hizmeti sunucularını ise kuruluş olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlama Sağlık Bakanlığına bağlı, kamu kesimine ait sağlık hizmetleri sunucuları için geçerlidir. Mevzuatta özel sektöre ait sağlık kuruluşları sundukları hizmet düzeylerine bakılmaksızın; “birinci basamak özel sağlık kuruluşu” ve “ikinci basamak özel sağlık kuruluşu” olarak tanımlanır.

Sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılır (Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği):

- İlçe / Belde Hastanesi: Bünyesinde 112 acil hizmetleri, acil, doğum, ayakta ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini birleştiren kurumlardır. Bu hastanelerde görev yapan tabipler hasta kabul ve tedavi eder ancak ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaları stabilize ederek uygun bir şekilde sevkini sağlar.
- Gün Hastanesi: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmeti veren, asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya hastane ile koordinasyon içinde olacak biçimde kurulan sağlık kurumlarıdır.
- Genel Hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği, ayakta veya yatarak muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
- Özel Dal Hastaneleri: Belirli yaş ve cinsiyet grubu hastalar veya belirli bir hastalığa yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanlarının yetiştirildiği sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği açısından genel hastane nitelikli olabilecekleri gibi özel dal hastaneleri nitelikli de olabilirler.

Gün hastaneleri sundukları hizmet çeşidi ve düzeyi açısından birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. İlçe/belde hastaneleri ise temel düzeyde ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleştirildiği, ancak gerçek anlamda kapsamlı bir ikinci basamak sağlık kurumu niteliğine sahip olmayan kurumlardır. Özel dal hastaneleri belirli bir tıbbi branş veya hasatlık grubunda uzmanlaşmış ikinci basamak sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri ise üçüncü basamak sağlık kurumlarıdır. Mevcut araştırmanın konusu olan ikinci basamak kamu sağlık kurumları genel hastaneler olarak sınıflandırılan sağlık kurumları arasında yer almaktadır. Günlük hayatta yaygın bir biçimde bu hastaneler “devlet hastanesi” olarak bilinmektedir.

4. Hastaneler ve Organizasyonu

4.1. Hastaneler

Hastaneler, çoğunlukla içinde yer aldıkları çevrede yaşayanlara sağlık hizmeti sunmak üzere oluşturulan örgütlerdir. Hastaneler bünyelerinde bu sağlık hizmetlerini sunmak için gerekli olan tıbbi uzmanlık sahibi personel, tıbbi araç gereç ve hizmetin üretilmesi ve sunulmasında ihtiyaç duyulan çeşitli destekleyici unsurları barındırır. Hastaneler her düzeyde sağlık hizmeti sunmakla beraber, uzmanlaşmış personeli bünyesinde barındırdığı için ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bu özelliğinden dolayı hastaneler kural olarak ayakta tedavinin yanı sıra, yatarak tedavi de sunar.

4.1.1. Tarihi ve işlevi

Hasta insanların dış müdahale ile sağlık arayışında bulunduğu mekanlar insanlık tarihi kadar eskidir. Antik medeniyetlerde, ister Mısır, Çin, Yunan veya Hint olsun, ister daha eski Asur ve Babil olsun insanların sağlık arayışlarına aracılık eden hekimler var olmuştur. Örneğin; 36 bin yıl yaşında, taş çağından kalma bir kafatasında yapılan tomografi taraması, kafatasında kısmi iyileşme gösteren bir yaranın varlığını göstermiştir. Bu ise yaralanma ve ölüm arasında geçen süreçte yaralının bakım gördüğünü ortaya koymaktadır. İlkel kabile yaşamında bile yaralı birine nasıl bakılacağını bilen ve bu bilgisi ile bu işlevi yerine getiren bireylerin varlığını hayal etmek çok zor değildir (Magner, 2005:13).

Magner, Sümer medeniyetinden kalma, kil tabletler üzerine çivi yazısıyla yazılmış, hastalık belirtileri, tedavi yöntemleri ve hastalıkların nedenlerinden bahseden tıp metinlerinden bahsetmektedir. Hammurabi Kanunları sağlık hizmetleri sunumları ve bu sunumdan kaynaklanan mükellefiyetlerle ilgili dokuz madde içermektedir. Antik Yunan yazarları Homerus ve Herodotus Mısırlı hekimlerin üstün yetkinliklerinden bahsederek övgülerde bulunmuştur. Antik Mısır (MÖ. 1900-1000) döneminden kalma dokuz farklı papirüs yazıt pek çok hastalığın belirtileri ve tedavilerine ilişkin bilgi içermektedir. Bu yazıtlar tıbbi eğitim materyali niteliğinde, hekimlere yol gösterici kaynaklardır. Benzer şekilde kayıtlı tıbbi bilgiler Antik Çin ve Hindistan'da da hekimlik mesleğinin varlığını göstermektedir (Magner, 2005:15-53).

Hippocrates sağlığa, rasyonel ve laik bakışlı tıbbın kurucusu olarak değerlendirilir. MÖ 480 yılında göğüs dinleme ve cerrahi müdahaleden yararlanarak hastaları tedavi etmeyi, detaylı hasta kayıtları tutmayı ve hastalıklarla ilgili çok yönlü bilgileri kayda almayı içeren bir biçimde hekimlik yapmaya başlamıştır. Bu dönemde tapınaklar hem ilgili tanrılara ibadet ve adak için hem de ilgili tanrının uzmanlık alanına giren hastalıkların ibadet ve tıbbi müdahale ile tedavi edildiği, hatta hekimlerin yetiştirildiği eğitim birimleri olarak işlev göstermektedir. Antik Helen'deki bu uygulamalarla çağdaş olarak Hindistan'da günümüz hastaneleri gibi çoklu uzmanlık alanlarında sağlık hizmetleri sunulan hastaneler ortaya çıkmıştır. MÖ. 250 yılları civarında sezaryen tekniği ile doğumların gerçekleştirildiği, yoksul hastalara ücretsiz hizmet veren hastaneler bulunmaktadır (Wolper ve Pena, 2011:488).

Sağlık hizmetlerinin organize bir biçimde sunumunun gerçekleştirildiği yapılar olarak hastanenin gelişiminde İslam medeniyetinin büyük katkıları vardır. Hastaneleri hastalıkların steril ve rahat bir ortamda tedavi edildiği, şifa dağıtılan bir mekan olarak düşünürsek, bu yapıların geliştirilmesinde İslam medeniyetinin büyük katkıları vardır. MS 805 yılında, Bağdat'ta günümüz hastanelerinin atası sayılabilecek büyük bir hastane Harun Reşit tarafından kurulmuştur. Bimaristan olarak adlandırılan ve Bağdat haricinde, Şam ve Kahire'de kurulan bu büyük hastanelerde farklı hastalıklar üzerinde uzmanlaşmış hekimler, tıp biliminin ve teknolojinin sunduğu son olanaklardan faydalanarak hastalıkları tedavi etmekteydi. İslam medeniyetinin tıp bilimine katkısı sadece hastanelerle sınırlı kalmamış, aynı zamanda eczacılık ve kimya bilimlerinin

geliştirilmesini de içermiştir. 13. yüzyılda İbn-Baytar 300'ü daha önce hiçbir kaynakta yer almayan 1400'den fazla ilaç hakkında bilgi içeren eserini yazmıştır (Graham, 2006:52-53). İslam coğrafyasında bulunan hastanelerde farklı hastalıkların tedavisini üstlenen, hastalık temelli ayrıma dayalı klinik yapılanması, iyileşme aşamasındaki hastaların hastalardan ayrı tutulması ve ayakta tedavi gibi uygulamalara öncülük edilmiştir. Bu hastanelerde hastalıklarla ilgili klinik raporlama ve bu raporların hekim eğitiminde kullanılması yaygındır (Wolper ve Pena, 2011:489).

Haçlı Seferleri neticesinde Doğu'dan Batı'ya doğru bilgi ve teknoloji transferi, Ortaçağ karanlığını yaşayan Avrupa'da Rönesans'ın temellerini atmış, pek çok sahada olduğu gibi tıpta da kayda değer gelişmeleri ortaya çıkarmıştır. Ortaçağlarda egemen olan, Kilise tarafından getirilen cerrahi müdahale yasağı, hastanelerde tedaviden ziyade duaya dayalı şefkat temelli bakım, Rönesans ile birlikte yerini modern tıp biliminin gelişiminde büyük roller üstlenen, tıp eğitimi ve deneyciliğinde önemli roller üstlenen Alman, Fransız ve İtalyan hastane/üniversitelerine bırakmıştır. 17 Yüz Yıl Bilimsel Devrimiyle beraber tıp biliminde bilimsel yöntem egemen olmuştur. Günümüz tıp biliminin temel yöntem ve ilkelerinin gelişimi bu döneme rastlar (Wolper ve Pena, 2011:489-496).

Bir hizmet işletmesi olan hastaneler, çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri; 7 gün, 24 saat tıbbi, hemşirelik ve benzeri hizmet sunan, yatarak tedavi tesisi olan, organize olmuş tıp ve diğer uzmanlık sahibi personeli bünyesinde barındıran sağlık kurumları olarak tanımlar. Hastaneler hastalık, yaralanma ve genetik anomalilerden kaynaklanan akut ve kronik rahatsızlıklara yönelik farklı tedavi edici, acı/ağrı giderici veya terminal hizmetler sunar. Bu hizmetlerin sunumu esansında araştırma, eğitim ve yönetim için gerekli bilgileri üretirler.⁶

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) ise hastaneleri; “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yaptıran kurumlardır” (YTKİY Madde 4) biçiminde tanımlar.

⁶ <http://www.who.int/topics/hospitals/en/> (Erişim tarihi: 20.01.2012).

Hastanelere ilişkin çok sayıda tanımlama mevcuttur. Ak, çalışmasında farklı tanımları derlemektedir. Hastaneler; müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilen sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır. Hastaneler; esas fonksiyonları yanında eğitim, araştırma ve geliştirme, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katılma gibi fonksiyonları da yerine getirirler. Bunlar; tedavi fonksiyonunun iyi bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan esas fonksiyonunun türevleridir. Hastaneler; çeşitli yönetim tekniklerini kullanan en karmaşık ve modern örgüt çeşididir. Hastaneler; hasta yatırma, barındırma, teşhis, tedavi ve teknik hizmetleri bünyesinde bütünleştiren kurumlardır. Bu kurumlar; birçok meslek grubundan kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal ve toplumsal bir kurum ve büyük çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan organizasyonlardır. Hastaneler; hasta bakımında fiziki, ruhi iyilik halinin kazandırıldığı sistemlerdir. Bu doğrultuda bir veya birden çok tıbbi üniteyi bünyelerinde bulunduran kurumlardır. Hastaneler; sağlık hizmetlerinin tümünü topluma sunmak üzere düzenlenmiş ve bu amaca ulaşması için birbirine bağımlı çeşitli teknik ve tıbbi, karmaşık işlemlerin ortaya konulduğu kurumlardır. Günün yirmi dört saatinde, senenin her günü ve kesintisiz sağlık hizmeti üretirler.⁷

4.1.2. Hastanelerin özellikleri

Hastaneler hizmet sunan kurumlardır, ancak hastaneleri diğer hizmet kurumlarında ayıran birtakım özellikler de bulunmaktadır. Öncelikle hastaneler, diğer hizmet işletmelerinde olduğu gibi, hizmet işletmelerinin genel özelliklerine sahiptir. Bunlar; üretim ve tüketimin eşanlı olması, müşteriye göre üretim, müşterinin üretim sürecine katılımı, ürünün soyut olması ile üretimin emek ve uzmanlığın yoğun olmasıdır. Sağlık kurumlarının diğer hizmet işletmelerinden ayırt edici özellikleri ise şunlardır (Kavuncubaşı, 2007:75-76):

⁷ Ak, Bilal. http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=3&fldAuto=75 (Erişim Tarihi: 20.01.2012).

- Çıktının tanımlanması ve ölçülmesi güçtür.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işler, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır; bu durum eş güdümlene, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen doktorların faaliyetleri üzerinde, etkililiği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmamıştır.

Ayrıca, hastaneler bünyesinde farklı özellikleri bulunduran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçları gerçekleştirmek için oluşturulan kurumlardır. Bu ise hastanelerin farklı tür organizasyonların birtakım özelliklerini bünyesinde eşanlı olarak bulundurması anlamına gelmektedir. Hastaneler burada sıralanan özellikleri bünyesinde bulundurur (Tengilimoğlu vd., 2009:133):

- Sağlık hizmetleri sunan bir tıbbi kuruluş,
- Yönetiminde ekonomik ilkelerin göz önünde bulundurulması gereken bir işletme,
- Doktor ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeniyle bir eğitim kurumu,
- Tıbbi araştırmalara katkıları nedeniyle bir araştırma kurumu,
- Sunulan hizmete erişim sadece ödeme gücüne dayalı olmadığı için bir sosyal kurum,
- Belirli bir coğrafi bölgeye hizmet eden toplumsal bir girişim,

- Genel olarak devletin tüm hastaneler üzerinde sahip olduğu denetim, devlet hastanelerinin ise tanımı gereği bir kamu kuruluğu,
- Varlıklarını sürdürmede kısmen de olsa toplumun yardımlarına bağımlılıklarından dolayı bir hayır kuruluğu.

Hastanelerin üstlendikleri roller doğrultusunda sahip oldukları bu farklı özellikler hastane yönetiminin özel bir uygulama alanı olmasına neden olmaktadır. Bu farklı roller hastanelere ilişkin farklı beklentilerin de ortaya çıkmasına neden olmakta, hastanelerin amaçlarının tipik bir hizmet işletmesinden farklı bir biçimde, bazı durumlarda birbirleri ile çelişen unsurlar içermesine neden olmaktadır. Bu özellikle hastane performansının tanımlanmasında ve ölçülmesinde önemli sonuçlar doğurmaktadır.

4.1.3. Hastanelerin sınıflandırılması

Hastaneler farklı kriterler doğrultusunda sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmalar; mülkiyet temelli olarak devlet hastanesi, özel hastane, vakıf hastanesi, sunduğu hizmet doğrultusunda; genel, özel dal ve eğitim hastanesi, iş modeli doğrultusunda kar amaçlı ve kar amaçlı olmayan biçiminde yapılabilir. Diğer bir sınıflandırma yatak sayısı doğrultusunda; 1-74 yataklı, 76-99 yataklı, 100-149 yataklı vb. biçiminde yapılabilir. Ayrıca hastaneler taşra hastanesi ve kentsel hastaneler biçiminde de sınıflandırılabilir (Griffin, 2006:9).

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, mülkiyet türüne, yatak kapasitelerine, hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Ancak genellikle, verilen tedavi hizmetinin türü, hastaların hastanede kalış süreleri, mülkiyet türü ve büyüklük esas alınmaktadır. Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler, genel ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Genel hastaneler; her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Örneğin, çocuk hastaneleri ve doğumevleri bu gruba girmektedir. Bu ayırma bağı, olarak yapılan başka bir ayırım da, eğitim hastaneleri ile eğitim vermeyen hastaneler şeklindedir. Eğitim hastaneleri, öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel ve özel dal hastaneleridir. Pek çok hastanede

yardımcı tıp personeli ve öğrenci hemşirelere verilen klinik eğitim, bu hastanelerin eğitim hastaneleri olarak sınıflandırılması için yeterli olmamaktadır.

Diğer bir sınıflandırma ise hastaların hastanede kalış süreleri doğrultusundadır. Buna göre hastaneler kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler biçiminde ayrılır. Kısa, süreli hastaneler hastalarının %50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı, uzun süreli hastaneler ise, hastaların yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla kaldığı hastanelerdir. Psikiyatri hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba girmektedir. Mülkiyet türüne göre sınıflandırmada hastanelerin mülkiyetinin kime ait olduğuna göre sınıflandırma yapılmaktadır. Türkiye'deki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na, Milli Savunma Bakanlığı'na, üniversitelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir. Organizasyon açısından diğer bir önemli sınıflandırma hastanelerin yatak kapasitelerine göre sınıflandırılmasıdır. Hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.⁸

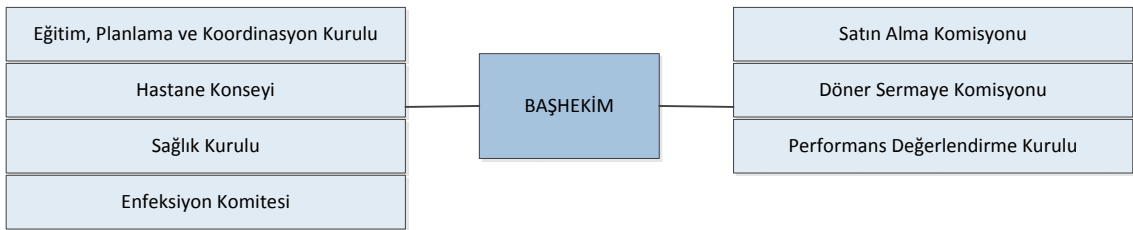
YTKİY hastaneleri işlevlerine göre 5 gruba ayırmaktadır. Bunlar; ilçe/belde hastanesi, gün hastanesi, genel hastane, özel dal hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesidir. İlçe / belde hastanesi; bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayakta ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkini sağlandığı sağlık kurumlarıdır. Gün hastanesi; birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır. Genel hastaneler; her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır. Özel dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar veya belirli

⁸ Seçim, Hikmet <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm> (Erişim tarihi: 20.01.2012).

bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri; öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır (YTKİY 5. Madde).

4.2. Hastanelerde Organizasyon

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin organizasyon yapısı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde tanımlanmaktadır. Hastane örgütü; bilimsel kurullar, tıbbi örgüt ve idari örgüt olarak üç boyutlu bir yapı olarak düşünülebilir. Burada konsey, kurul ve komisyonlar Şekil 17'de gösterilmektedir.



Şekil 17. Devlet Hastanelerinde Bilimsel Kurullar

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinden uyarlanmıştır.

4.2.1. Hastanelerde bilimsel kurullar

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yer alan bilimsel kurullar; Hastane Konseyi, Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu, Sağlık Kurulları, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Merkezi Tıbbi Arşiv, Kitaplık, Tıbbi Fotoğrafhane ve Sosyal Hizmetlerden oluşmaktadır.

YTKİY madde 20'ye göre Hastane Konseyi; baştabibin başkanlığı altında bütün servis, laboratuvar şef veya uzmanları, hastane müdürü ve başhemşirenin katılması ile kurulur. Konsey kurumla ilgili bilimsel ve idari konularda önemli görülen kararları alır. Ayrıca

bilimsel çalışmaları, hasta teşhis ve tedavisi ile ilgili hususları düzenleyecek ve yönetecek görevliler veya komiteler seçilir. Bu komitelerin çeşitleri ve üyeleri konsey tarafından tespit edilir.

Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'na ilişkin düzenlemeler YTKİY'nin 21. Maddesi'nde yer alır. Maddeye göre kurul; her birimin özel eğitim plan ve programlarını hazırlamak, çeşitli birimlerde eğitim çalışmalarını ve asistan rotasyonlarını koordine etmek, olanaklar çerçevesinde kurum içi veya kurumlar arası seminer, konferans ve benzeri bilimsel toplantıları düzenlemek, ulusal ve uluslararası bilimsel etkinlikleri izleyerek bunlara katılımları teşvik etmek ve duyurmak, bilimsel araştırma yapmak isteyenlere kurum olanakları çerçevesinde yardımcı olmaktır. Sağlık Kurulları tek tabibin yetkisi dışında kalan hususlarda veya mevzuatta sağlık kurulu raporu öngörüldüğü hallerde, kişilerin sağlık durumları hakkında karar vermeye yetkili organlardır.

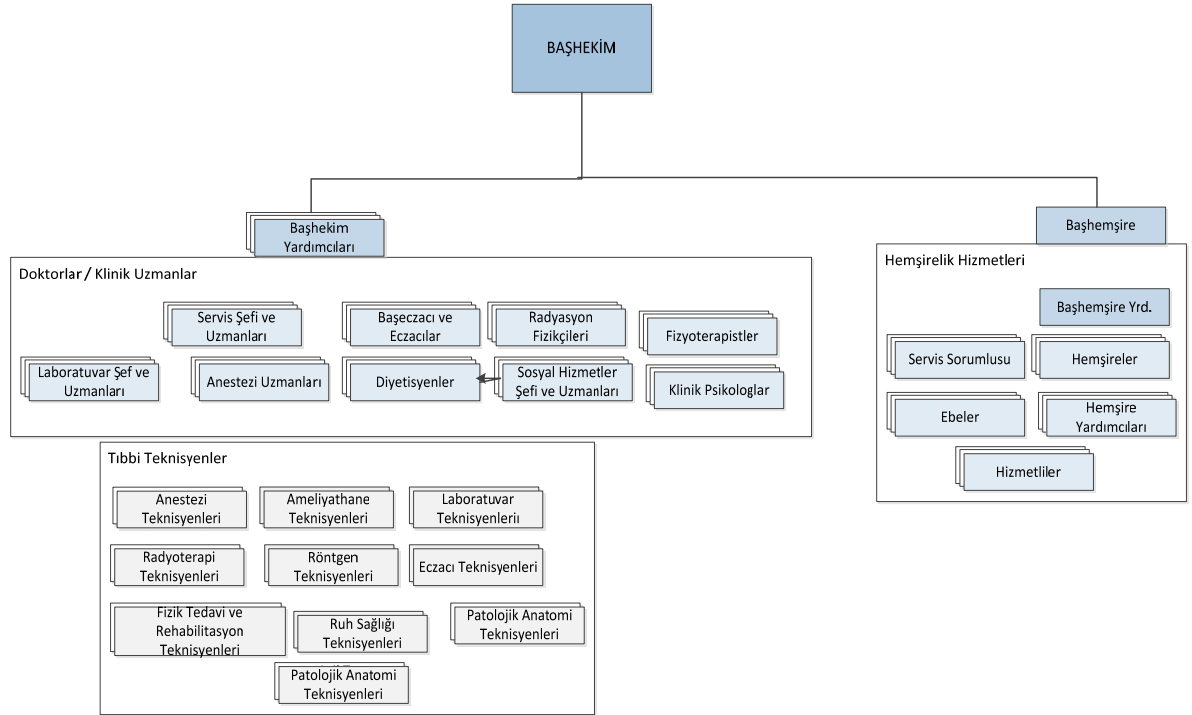
Enfeksiyondan Korunma Komiteleri yataklı tedavi kurumlarında, hastane enfeksiyonları ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve bu kurumlar düzeyinde alınması gereken kararları gerekli yerlere iletmekle görevlidir. Komite, ayrıca ameliyathane enfeksiyonlarını önlemek için gerekli tedbirleri de almakla yükümlüdür.

Merkezi Tıbbi Arşiv her yataklı tedavi kurumunda kurulması öngörülen bir birimdir. Burada bütün servislerin ve olanaklar ölçüsünde polikliniklerin işi biten dosyaları; bilimsel çalışmalar, istatistik değerlendirmeler hastaların ileriki müracaatlarında ve bilimsel araştırmalarda kullanılmak üzere muhafaza edilir.

4.2.2. Hastanelerde tıbbi örgüt

Hastanelerde tıbbi örgüt sağlık hizmeti üretim ve sunumunda doğrudan rol alan personelden oluşmaktadır. Bu örgütte başhekim, yardımcıları, klinik yöneticileri, kliniklerde görev alan uzman hekimler ve diğer uzmanlar, hemşirelik hizmetlerinde çalışanlar ve tıbbi teknisyenler yer alır. YTKİY'nin 5. ve 6. bölümü tıbbi hizmetlerde

Çalışanların görev ve yetkilerini düzenlemektedir. şekil 18 hastanelerdeki tıbbi rgt göstermektedir.



şekil 18. Devlet Hastanelerinde Tıbbi rgt

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinden uyarlanmıştır.

YTKİY'nin 110. Maddesine göre hastaneler Sağlık Bakanlığı'nca atanacak Başhekimler tarafından yönetilir. İlgili madde Başhekim 'in görev ve sorumluluklarını detaylı bir biçimde tanımlamakla beraber, zet olarak hastanelerde yürütülen tüm faaliyetleri ve ilgili tüm sorumlulukları başhekime yüklemektedir. Başhekimler hastane yönetimini görevlendirecekleri, kendilerine bağlı olarak çalışan başhekim yardımcıları ile birlikte yürütür.

Hastanelerde poliklinik, servis, ameliyathane ve laboratuvarlarda sağlık hizmeti üretimi uzman hekimler ve nezaretinde çalışan ekipler tarafından gerçekleştirilir. Uzmanlar birimlerinde çalışan personelin amiri konumunda bulunmakta ve faaliyetlerinde baştabibe karşı sorumludurlar. Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda yer alan bazı faaliyetler, hekim kimliğine sahip olmayan, ancak ilgili alanda uzmanlık düzeyinde eğitime sahip bireyler tarafından yürütülür. Bu uzmanlar; eczacılar, fizyoterapistler,

diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, radyasyon fizikçileri ve klinik psikologlardan oluşur. Bu uzmanlar kendi uzmanlık alanları ile ilgili farklı görev ve sorumluluklar üstlenir ve birimlerinde çalışan diğer personelin amiri konumunda olurlar.

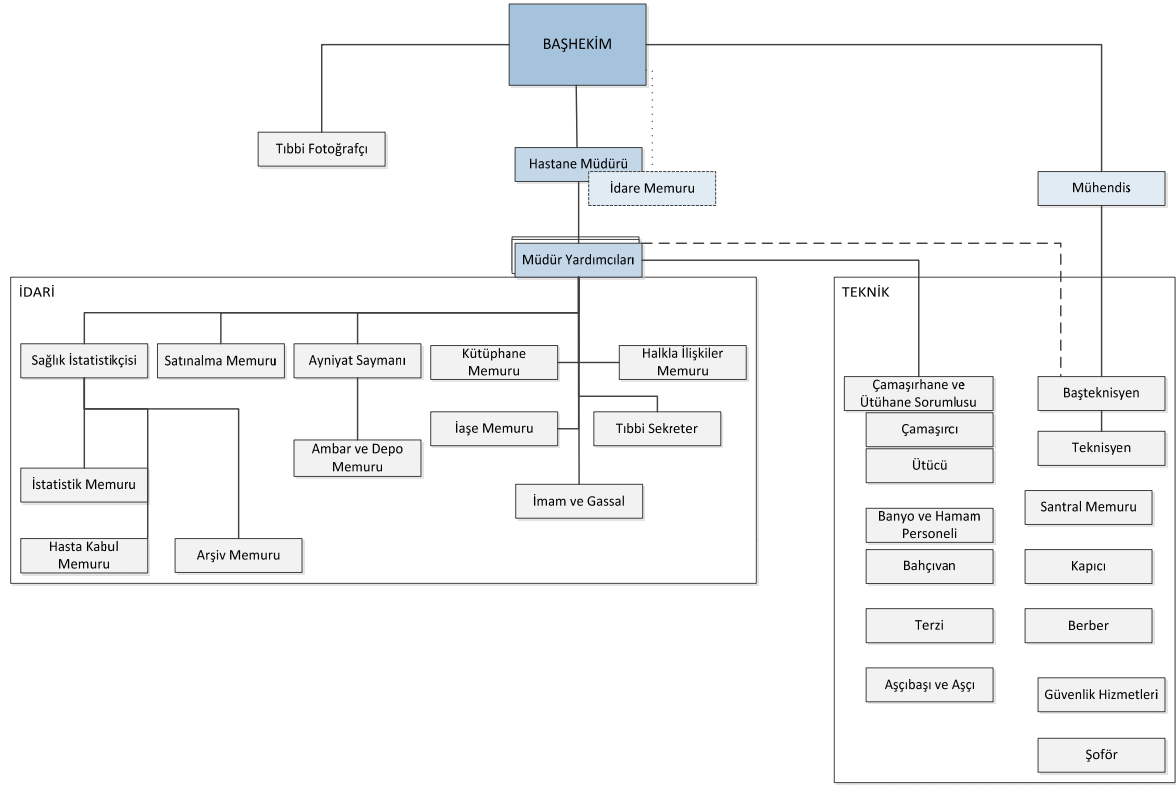
Ayrıca sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda uzmanlarla birlikte çok yakın çalışan, özellikle hasta bakım hizmetlerinde önemli görev ve sorumluluklar üstlenen hemşireler ve yardımcı sağlık personeli bulunur. Bu hizmetlerin ve personelin yönetim ve organizasyonu Başhemşire tarafından üstlenilmiştir. Başhemşire doğrudan başhekimle karşı sorumludur. Hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde görülmesini sağlamakla sorumludur ve bu doğrultuda hastane içindeki hemşirelik hizmetlerinin yönetimini üstlenir. Başhemşire, yönetmeliğe göre; kurumda çalışan; başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri, başebe ve kendisine bağlı diğer hizmet birim amir ve sorumlularının birinci derecede amiri olup hasta bakımı hizmetlerinde görevli personelin zamanında ve gereğince, yönetmelik hükümlerine göre görev yapmalarını sağlamak ve kontrol etmekle yükümlüdür.

Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda teknik bilgi gerektiren, özellikle laboratuvar ve benzeri birimlerde yerine getirilen birtakım faaliyetler vardır. Bu faaliyetler tıbbi teknisyenler tarafından yerine getirilir. Tıbbi teknisyenler branşlarında mesleki eğitim görmüş, branşlarında çalışabilmeleri için gerekli meslek içi eğitimden geçmiş, ilgili yetenek ve becerilere sahip yardımcı sağlık personelidir. YTKİY'nin ilgili maddeleri (137-146) bu personelin genel görevini; çalıştıkları servis veya laboratuvarın sorumlu uzmanları nezaretinde, bağlı bulundukları birimlerdeki işleri yerine getirmek olarak tanımlar. Yönetmelikte tanımlanan tıbbi teknisyenlikler; anestezi, ameliyathane, eczacı, laboratuvar, röntgen, radyoterapi, fizik tedavi rehabilitasyon, ruh sağlığı klinik, patolojik anatomi ve acil tıp teknisyenlikleridir.

4.2.3. Hastanelerde idari örgüt

Şekil 18 hastanede idari örgütlenmeyi göstermektedir. İdari örgüt hastane'nin sağlık hizmeti üretimi ve sunumu için gerekli olan idari ve teknik işlemleri yürüten yapıdır. Baştabibe bağlı olarak hastane müdürü altında organize olmuştur. Hastane idari örgütünde yer alan personelin tanım, görev ve yetkileri YTKİY'nin 7. bölümünde (146.-

162. maddeler) düzenlenmiştir. Teknik personelin tanım, görev ve yetkileri ise YKİY'nin 8. bölümünde (163.-177. maddeler) düzenlenmiştir.



Şekil 19. Devlet Hastanelerinde İdari Örgüt

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinden uyarlanmıştır.

Hastane müdürü sağlık yönetimi, işletme, iktisat, muhasebe, maliye, kamu yönetimi, hukuk veya sağlık alanında eğitim veren dört yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu personel arasından atanır. Hastane müdürü; başhekime bağlı olarak, kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerini mevzuata uygun biçimde yürütmekle sorumludur. Hastane müdürlerine bu görevlerinde müdür yardımcılarınınca yardım edilir.

Hastane müdürüne bağlı olarak, hastanelerde idari hizmetleri yerine getiren personel; sağlık istatistikçisi, ayniyat saymanı, ambar ve depo memurları, işe memuru, kütüphane memuru halkla ilişkiler memuru, tıbbi sekreter, tıbbi fotoğrafçı, imam ve gassaldır. Hastanelerde teknik nitelikli altyapı ve hizmet işleri ise hastane müdürüne bağlı olarak görev yapan; mühendis, başteknisyen, teknisyen, santral memuru, şoför,

aşçıbaşı ve aşçı, çamaşırhane ve ütühane sorumlusu, çamaşırcı, ütücü, terzi, bahçıvan, kapıcı, berber, banyo ve hamam personeli ve güvenlik hizmetleri personelidir.

4.3. Hastanelerin İşlevsel Yapıları

Hastaneler sağlık hizmeti üreten ve sunan kuruluşlardır. Hastane sağlık hizmeti sunumu iki temel biçimde gerçekleşir. Bunlardan biri ayakta sunulan sağlık hizmeti, diğeri ise yataklı sağlık hizmetidir. Ayakta hizmet sunumunda hasta, sağlık hizmetini hastanede, hasta yatağı işgal etmeksizin alır. Yataklı sağlık hizmeti sunumunda ise hasta, hastanede hasta yatağı işgal edecek biçimde sağlık hizmeti alır. Ayakta sağlık hizmeti sunumu nispeten kısa sürede gerçekleşirken yataklı hizmet sunumu daha uzun süreyi kapsamaktadır. Ayakta ve yataklı sağlık hizmeti sunumları hastanelerin farklı birimlerinin katılımı ile gerçekleştirilir. Hastanenin hizmet sunumunda yer alan birimler tıbbi birimler ve destek birimlerinden oluşmaktadır. Buradaki temel ayrım tıbbi birimlerin doğrudan sağlık hizmeti üretim ve sunumunda yer alan birimler, destek birimlerinin ise tıbbi birimlerin sağlık hizmeti üretim ve sunumu için ihtiyaç duyulan hizmetleri sunan birimler olmasıdır. Sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren tıbbi birimler Şekil 19’da gösterilmektedir.



Şekil 20. Devlet Hastanelerinde Tıbbi Birimler

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinden uyarlanmıştır.

Şekil 20’de görüldüğü üzere temel tıbbi birimler acil, poliklinik, servis, ameliyathane, laboratuvar ve eczane hizmetleridir. Bu birimlerin işlevleri YTKİY’nin ilgili bölümlerinde tanımlanmaktadır.

Acil hizmetleri YTKİY’nin 14. maddesince düzenlenmiştir. Bu hizmetler acil polikliniği, acil servisi, bunların olmaması durumunda ise nöbetçi tabip tarafından 24 saat kesintisiz olarak yürütülür. Bu hizmetlerde hizmetin sürekliliğini sağlayacak şekilde yeteri kadar sağlık personeli ve yardımcı personel, hayati öneme sahip araç, gereç ve ilaçla donatılır.

YTKİY’nin 6.- 12. maddeleri poliklinikler ve işleyişleri hakkında düzenlemeler içerir. Poliklinikler ayakta muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yapıldığı, hastaların hastaneye ilk müracaat üniteleridir. Poliklinik muayeneleri uzman doktorlarca, her seferde bir hasta olmak üzere, mahremiyet kuralları çerçevesinde, poliklinik odasında yapılır. Poliklinik muayenesinde uzman doktora yardımcı olmak üzere tıp ve yardımcı tıp personeli bulunabilir. Hastanın ihtiyaç duyması veya talep etmesi durumunda yanında bir yakını veya refakatçisi olabilir. Kurumda çalışan uzman tabiplerin tümünün poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçme hakkı güvence altına alınmaya çalışılır. Poliklinik muayeneleri randevu ve sıra esaslı olarak düzenlenmekle beraber ağır, acil, yaşlı hastalar ve adli vakalara öncelik tanınabilir.

Servis hizmetleri uzman doktorlar, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog gibi, hastanın hastalık branşıyla ilgili diğer meslek mensupları tarafından, ekip çalışması biçiminde birlikte yürütülen, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araç ve yöntemlerle isabetli teşhis koyarak, bakımın ve en kısa sürede iyileşmeye yönelik tedavinin sağlanmasına yönelik faaliyetleri kapsar. Bu ekibe kimlerin dahil edileceği dalın özelliğine göre uzmanın teklifi ve baştabibin onayıyla saptanır (Madde 13). Hastanede hasta yatakları servis bazında organize edilir. Hasta odaları bir veya iki kişilik olarak düzenlenmekle beraber kurum fiziki şartları doğrultusunda daha fazla hasta alabilen odalar düzenlenebilir. Hasta odaları tuvaletli, banyolu ve lavabolu biçimde düzenlenir. Tek kişilik ve özel odalarda hasta refakatçilerinin dinlenmesine yönelik donanımlar bulunur (Madde 58).

Ameliyathane hizmetleri; ameliyathane, merkezi sterilizasyon, yoğun bakım ve reanimasyon ile uyandırma ve ameliyat sonrası bakım ünitesi hizmetlerini kapsamaktadır. Ameliyathaneler yatarak tedavide önemli bir yer tutan cerrahi müdahalelerin gerçekleştirildiği özel donanımlı mekânlardır. Ameliyathanelerin yönetimi, hizmete devamlı hazır bulundurulması, alet ve malzemenin sağlanması, bakım, onarım ihtiyaçlarının belirlenerek ilgili yerlere bildirilmesi, burada çalışan personelin yönetimi ve eğitimlerinin yapılması ile baştabipliğe karşı doğrudan sorumlu olan ameliyathane uzmanı tarafından yürütülür. Ameliyathane sorumlusu baştabip tarafından seçilecek olan bir cerrahi dal uzmanıdır. Ameliyathane hizmetlerinin yürütülmesi için yeterli eczacı, ameliyathane hemşiresi, ameliyathane narkoz teknisyeni, hemşire, ameliyathane teknisyeni ve hastane hizmetlisi gibi gerekli görülen personel görevlendirilir. Merkezi sterilizasyon; ameliyathane, servisler, poliklinikler, laboratuvarlar ve diğer tıbbi birimlerde kullanılan alet ve malzemelerin hizmete uygun setler halinde topluca sterilize edilmesinden sorumludur. Merkezi sterilizasyon birimi ve çalışanları ameliyathane sorumlusuna bağlıdır. Yoğun bakım ve reanimasyon hizmetlerinin yapıldığı yerler; tabip, hemşire ve diğer teknik, sağlık ve laboratuvar hizmetleri bakımından sürekli olarak gözlem ve kontrol altında tutulması gereken, hayati tehlike içindeki hastaların bakımlarının sağlandığı yataklı bakım üniteleridir. Burada hayati fonksiyonları izleyecek ve gerektiğinde destekleyecek cihazlar bulunur. Uyandırma ve ameliyat sonu bakım ünitesi, ameliyat sonrasında hastaların servise nakledilmeden önce uyanmaları ve kısa süreli cerrahi komplikasyonların düzeltilmesi için en fazla 24 saat kaldıkları yataklı bakım ünitesidir. Burada yeterli cihaz ve malzeme ile 24 saat sürekli hizmet verilecek şekilde hemşire ve diğer personel bulundurulur. Ünitenin yönetiminden, tıbbi bakımdan ve anesteziyoloji uzmanı, yoksa ameliyathane sorumlu sorumludur. Bu sorumlu, gereken durumlarda ameliyatı yapan hekimle işbirliği halinde çalışır. Kurumun olanakları bu ünitenin kurulmasına imkân vermiyorsa bu işlevler yoğun bakım ünitesi ile bir arada yürütülür (YTKİY 16. Madde).

Laboratuvar hizmetleri, poliklinik ve servis ihtiyaçlarını karşılayacak nitelikte kurulur (15. madde). Laboratuvarlar hekimlerin teşhis ve tedavi süreçlerinde yardımcı olacak testlerin yapıldığı birimlerdir. Laboratuvarlar klinik laboratuvarlar (patoloji), tıbbi görüntüleme (radyoloji, nükleer tıp ve fizik tedavi) laboratuvarlarından oluşabilir. Klinik laboratuvarlar sağlık ekibine bakteriyoloji, biyokimya, histoloji, seroloji (serum)

ve sistoloji testleri gerçekleştirerek hastalıkların teşhis ve tedavisine yardımcı olur. Çoğu hastanede kan bankası da klinik laboratuvar hizmetlerinin bir uzantısı olarak yer alır (Griffin, 2006:96-97). Tıbbi görüntüleme teşhise yönelik tetkiklerde son derece önemlidir. Görüntüleme laboratuvarlarında röntgen, ultrason, tomografi, MR ve benzeri cihazlar ile tıbbi görüntüleme işlemleri ve anjiyografi gibi müdahaleler yapılır (Griffin, 2006:101). Nükleer tıp laboratuvarlarında teşhise yönelik görüntüleme ve tetkiklerin yanı sıra ışın tedavisi gibi bazı uzmanlaşmış tedaviler de uygulanır (Griffin, 2006:103). Kurum eczaneleri yatan hastaların ve yönetmelik gereğince yatırılmadan ilaç verilmesine gereksinim görülen hastalara ilaç ve sıhhi malzeme sağlanan yerlerdir (YTKİY 17. Madde).

Hastane destek birimleri ve bu birimlerin işlevleri YTKİY'nin farklı maddelerince düzenlenmiştir. Sağlık hizmeti üretim ve sunumunu destekleyen birimler Şekil 20'de gösterilmektedir.



Şekil 21. Devlet Hastanelerinde Destek Birimler

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinden uyarlanmıştır.

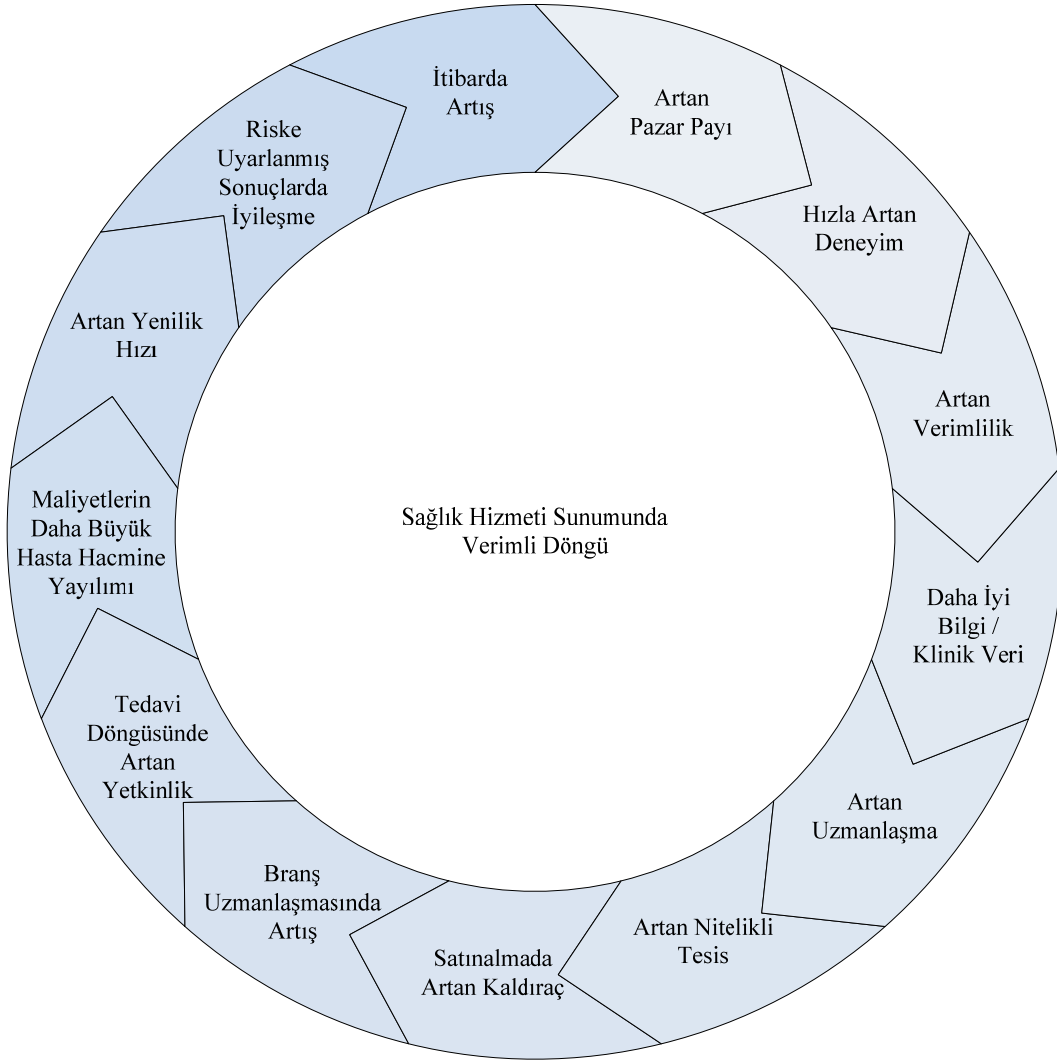
YTKİY'nde hasta kabul süreç ve usulleri 50-57. maddelerce düzenlenmektedir. 59. madde ücretli hastaların, 60. madde ise sosyal güvenlik sistemi kapsamında bulunan hastaların muayene ve kabulüne ilişkin düzenlemeleri içermektedir. 66.-70. maddeler hastaların yatırılmasına ilişkin, 71.-75. maddeler yatan hastalara uygulanacak işlemlere

ilişkin, 76-80. maddeler ise hastane yatışları sona eren hastaların çıkarılmasına ilişkin düzenlemelere yer verirken, 81-85. maddeler hastanede ölen hastalara ilişkin işlemleri düzenler. Ayrıca 86. ve 87. maddeler adli ihbar ve otopsi işlemleri ile ilgilidir.

Temizlik hizmetleri 88. maddece, mutfak ve beslenme hizmetleri 90-92. maddelerce düzenlenmiştir. 93. ve 94. maddeler çamaşır yıkama ve ütüleme hizmetleri ile ilgili düzenlemeleri içerir. Yönetmeliğin 99-105. maddeleri; satın alma, depolama ve ayniyat işlerine ilişkin düzenlemelerle ilgilidir. 106. ve 107. madde çalıştırma bakım ve onarım hizmetlerinin, 108. maddesi ise bahçe hizmetlerinin düzenlenmesini yapar.

4.4. Hastanelerin İşleyişi

Hastaneler ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri sunan kurumlar olarak bu işlevleri yerine getirmek için gerekli kaynakları bünyelerinde toplar ve bu kaynakları teşhis ve tedavi hizmetleri üretecek biçimde organize eder. Hastanelerde sağlık hizmeti üretimi ve sunumu farklı branşlarda ve işlevlerde uzmanlaşmış personelin takım çalışması ile gerçekleştirilir. Hastanenin önemli bir özelliği de hizmet üretim ve sunum sürecinde sürekli bilgi üretimi öğrenmenin gerçekleşmesidir. Bu özellikler hastanelerde hizmet üretim ve sunumunda dinamik bir sürecin gerçekleşmesine neden olur. Porter ve Tiesberg (2006:112) tarafından sağlık hizmeti sunumunun verimli döngüsü olarak adlandırılan bu süreç, Şekil 21’de gösterilmektedir.



Şekil 22. Sağlık Hizmeti Sunumunun Verimli Döngüsü

Kaynak: Porter ve Teisberg, 2006:112.

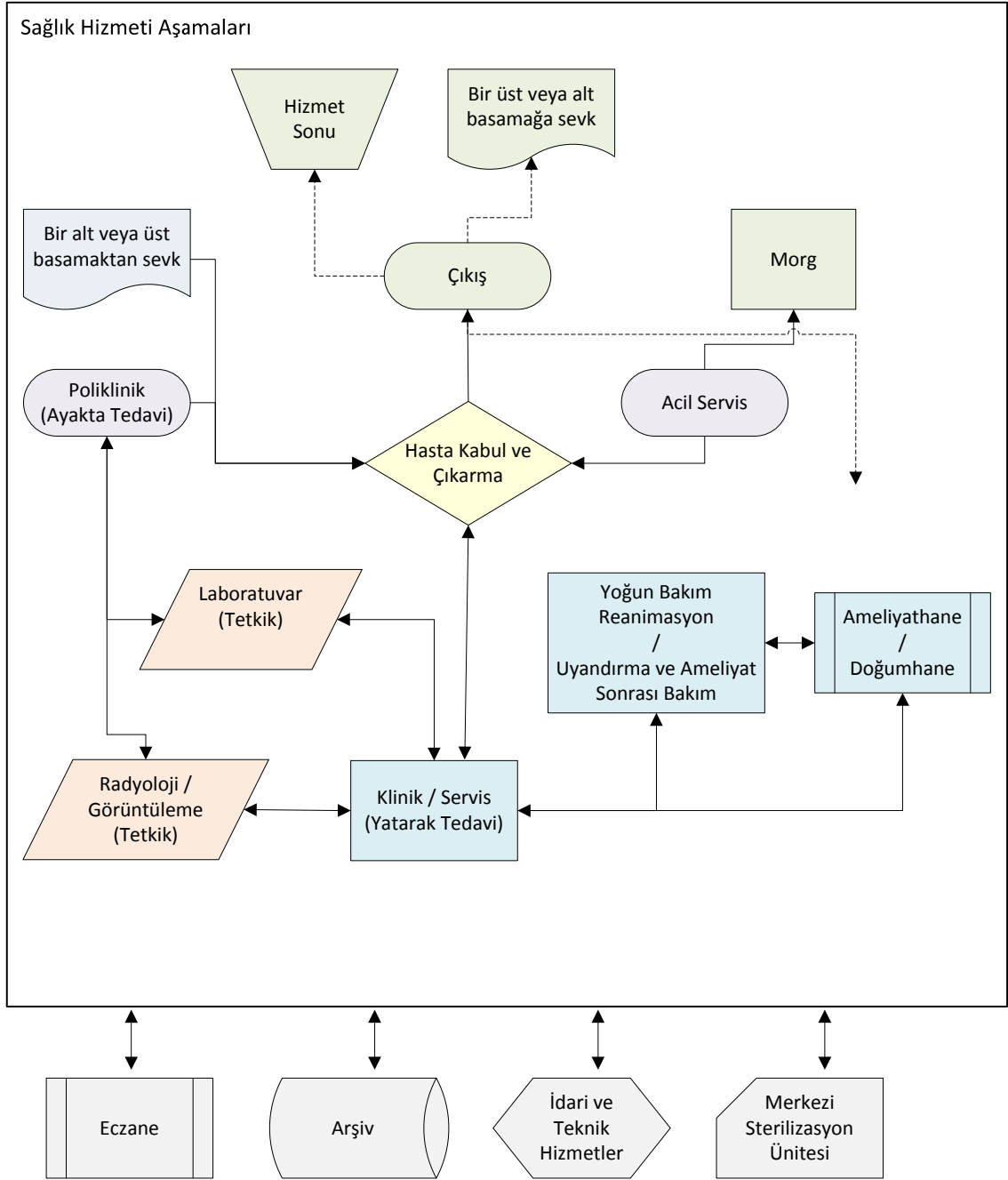
Hastanelerde sağlık hizmeti sunumu, her bir hastalık ve hasta için farklı uzmanların bir araya gelerek ekip çalışması halinde bu hizmeti sunması şeklinde gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, hastanelerin belirli hastalıklar doğrultusunda pazar paylarından söz edilebilir. Hastanelere belirli bir dalda hastalar geldikçe tedavi ekiplerinin bu hastalıkla ilgili deneyimlerinde artış olacaktır. Deneyim artışı hastalığın tedavi sürecinde verimlilikte artışın yanı sıra hastalığa ilişkin daha derin ve kapsamlı bir anlayışa neden olacak, daha fazla klinik verinin derlenmesini sağlayacaktır. Bu artışlar ise doğrudan, tedavi ekibinden bu hastalığa ilişkin artan uzmanlaşma sağlar. Artan uzmanlaşma

doğrultusunda hastanenin ilgili birimlerinin bu hastalığa yönelik örgütlenmesi ve tesislerinde de uzmanlaşma artacaktır. Bu uzmanlaşma hastanenin satınalma süreçlerinde daha fazla kaldıraça sahip olmasını ve daha uygun koşullarda malzeme ve teçhizat edinmesini sağlar. Tesis ve örgütün uzmanlaşmayı kolaylaştırıcı biçimde gelişmesi ilgili hastalığa yönelik alt uzmanlaşmalara imkân sağlar. Artan alt uzmanlaşma ise tedavi sürecinde, tedavi ekibinin yetkinliklerini artırır. Belirli bir hastalık dalında daha fazla hastanın hastaneye gelmesi sabit maliyetlerin daha büyük bir hasta tabanına yayılmasına imkan sağlar. Bu süreçte gerçekleşen öğrenme ve uzmanlaşma, artan verimlilikle birleşerek yenilik için gerekli kaynakları sağlayarak yenilik üretme yetenek ve hızında artış sağlar. Bu döngü hastanenin elde ettiği sonuçlarda iyileşmeye neden olarak hastanenin itibarının ve ilgili daldaki şöhretinin artmasını sağlar. Bu ise hastanenin ilgili hastalığa ilişkin pazar payında artışa neden olarak döngünün tekrar başlamasını sağlar. Bu dinamik süreç belirli sahalarda uzmanlaşmış meşhur hastanelerin, veya genel sağlık hizmeti sunan hastanelerin belirli alanlarda uzmanlaşarak meşhur olmalarının altında yatan temel dinamiktir (Porter ve Teisberg, 2006:159-167).

Hastane içinde sağlık hizmeti üretim ve sunum süreci ise bir iş akışı biçiminde düşünülebilir. Böylesi bir iş akışı Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nde hastanenin birimlerinin ve çalışanlarının görev ve yetkilerinin tanımlarında yer almaktadır. Yönetmelikte yer alan bilgiler doğrultusunda bir hastanede yer alan iş akışı Şekil 22'de gösterilmektedir. Burada yer alan akış oldukça basitleştirilmiş olup bir hastanede yaşanan süreçlerin gerçek karmaşıklığından oldukça uzaktır. Yine de burada sunulan akış Vissers (2005:96-115) tarafından sunulan, hizmet sürecinin karmaşıklığını yansıtan modelle genel olarak uyumludur.

Şekilden de anlaşıldığı üzere, öncelikle bir hastanın hastaneye girişi üç farklı yoldan olabilmektedir. Bunlardan ilki polikliniklerdir. Hastane poliklinikleri hastalık-uzmanlık grupları doğrultusunda organize edilen, hastaların sağlık hizmeti talebi ile başvurdukları ilk departmandır. Polikliniklerde doktorlar hastaları muayene ederek hastanın tedavi gereksinimlerini belirler. İş akışında görüldüğü üzere poliklinik süreçlerinde laboratuvar birimleri tetkik için gerekli test ve işlemler ile sağlık hizmeti üretimine katkıda bulunmaktadır. Poliklinik muayenesi doğrultusunda, gerek görüldüğü durumda hasta

hastaneye kabul edilerek yatan hasta statüsüne alınabilir. Hastanın hastaneye girişindeki ikinci yöntem hastanın bir alt basamak sağlık kuruluşundan sevk edilmesidir. Bu durumda hastanın durumu başvurduğu ilk sağlık kuruluşunca değerlendirilmiş, söz konusu kuruluştaki uzmanlık düzeyi, sahip olunan olanaklar ve benzeri faktörler hastanın gereksinimleri için yetersiz görülerek hasta farklı bir sağlık kurumuna yönlendirilmiştir. Şekilde görüldüğü üzere hastaneye girişin üçüncü yolu ise acil servistendir. Acil servis her hastanede bulunan, 7 gün 24 saat aralıksız hizmet veren birimdir. Acil servis poliklinik hizmetlerinin sunulmadığı zamanlarda sağlık hizmeti talebini karşılayan birimler olarak poliklinik hizmeti sunar. Ancak acil servislerin birincil ve daha önemli görevi yaşamı tehdit eden sağlık sorunları, yaralanmalar ve travmalarda hastanın stabilize edilerek hayati tehlikenin giderilmesi, gereken durumlarda daha üst basamak sağlık kurumlarına sevk edilmesi, tedavi gereksiniminin devam ettiği durumlarda ise hastanın hastaneye yatırılmasıdır.



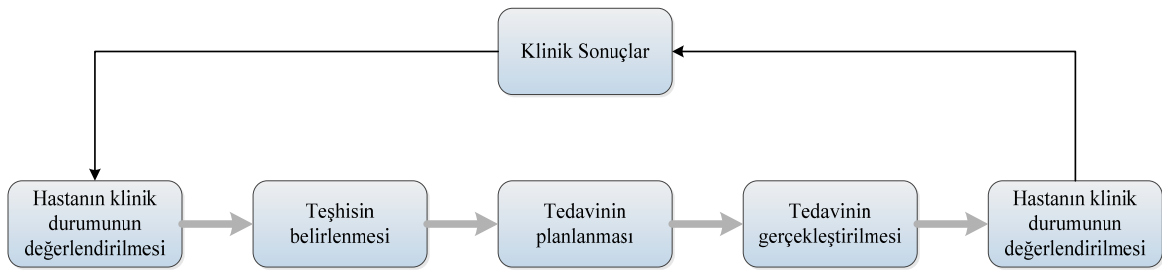
Şekil 23. Devlet Hastanelerinde İş Akışı

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinden uyarlanmıştır.

Hastaneye yatan hastaların sağlık hizmeti gereksiniminin karşılanması klinik servisler aracılığıyla gerçekleştirilir. Yatan hastalara hizmet sunumunda hastanede bulunan tüm

birimler rol alır. Yatarak tedavi sağlık hizmeti ve bununla alakalı destek hizmetlerin yanı sıra, hastaların hastanedeki barınma süreci için gerekli hizmetleri de içerir. Ayakta tedavide olduğu gibi laboratuvar ve diğer tetkik olanakları yatarak tedaviye de destek sunar. Ancak, ameliyathane, yoğun bakım ve ameliyat sonrası bakım hizmetleri, yatarak tedaviye destek sunan birimlerdir. Şekilde görüldüğü gibi eczacılık, arşiv, merkezi sterilizasyon ünitesi ile idari ve teknik hizmetler hastanedeki sağlık hizmeti üretiminin tümüne destek sağlar.

İster ayakta, ister yatarak isterse acil serviste sunulan tedavi süreçleri, daha önce de değinildiği üzere takım çalışması ile gerçekleştirilen hizmetlerdir. Tedavi hizmeti sunumu beş aşamalı bir süreçtir. Bu sürecin aşamaları Şekil 23'te gösterilmektedir.

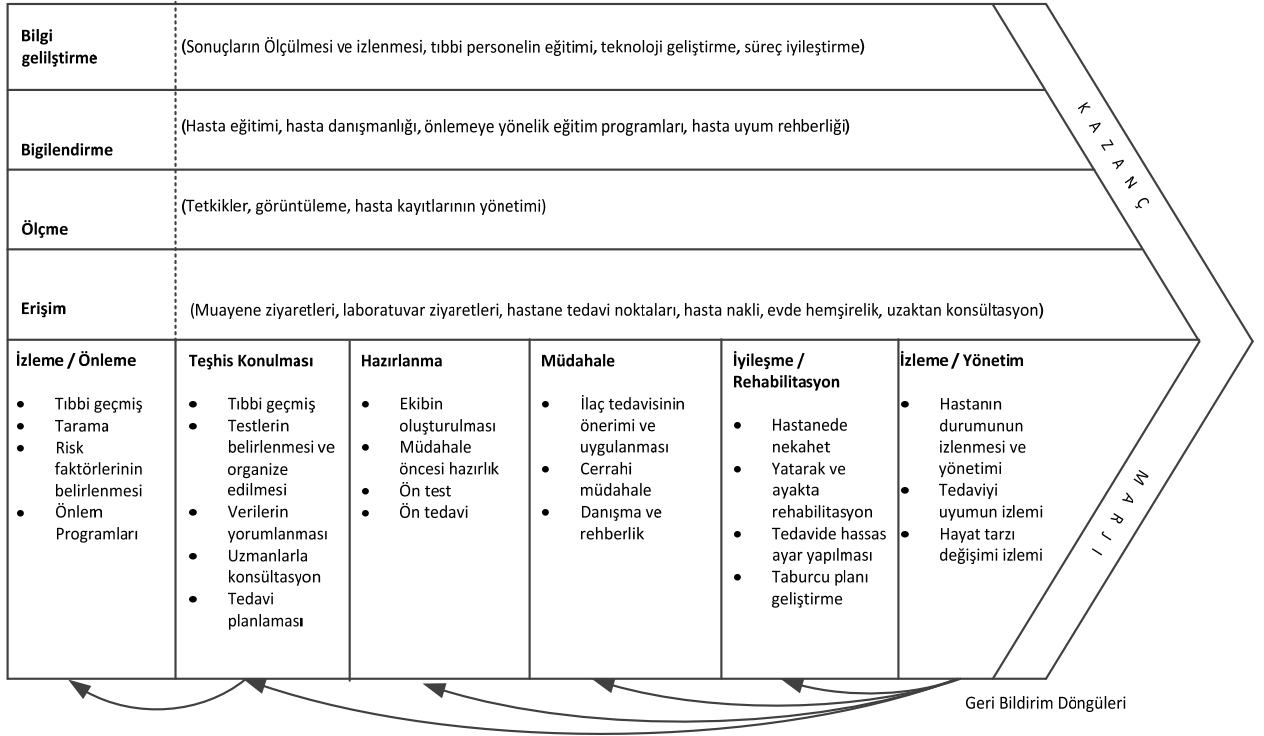


Şekil 24. Tedavi Hizmeti Sunumu Süreci

Kaynak: Walburg, (2006:82).

Söz konusu sürecin her aşamasında farklı kaynaklar ve ekipler rol oynayacaktır. Porter ve Tiesberg (2006:203) sağlık hizmeti sunumunu değer zinciri olarak analiz eder. Sağlık hizmeti sunumu sağlık sorunları çerçevesinde organize olmaktadır. Sağlık hizmetleri farklı uzmanlık alanlarına sahip personel vasıtasıyla, tedavi, hizmet ve zaman bağlamından oluşmaktadır. Değer zinciri bu süreci analiz etmek için kullanılabilecek önemli bir araçtır. Değer zinciri herhangi bir hizmet veya ürünün sunumunu farklı eylemlerin yerine getirilmesi ile gerçekleşen bir süreç olarak ele alır. Bu eylemlerin yapılandırılması ve birbirleri ile bütünleştirilmesine ilişkin ortaya konulan tercihler ise

değer yaratmanın ardında yatan temel unsurlardır. Şekil 24, Porter ve Tiesberg tarafından sunulan genel hizmet sunumu değer zinciri modelini göstermektedir.



Şekil 25. Sağlık Hizmeti Sunumu Değer Zinciri

Kaynak: Porter ve Tiesberg (2006:204).

Şekil 24'te gösterilen değer zincirinde bilgi geliştirme, bilgilendirme, ölçme ve erişim olarak gösterilen faaliyetler değer yaratma sürecini destekleyici faaliyetleri oluşturmaktadır. Bu faaliyetler sağlık hizmeti sunumunun altyapısını oluşturur. İzleme/önleme, teşhis konulması, hazırlama, müdahale, iyileşme/rehabilitasyon, izleme/yönetim ise bütünsel sağlık hizmet sunumunu ve bu sunumda değer yaratan aşamaları göstermektedir. Hastalık türüne ve bu doğrultuda sunulan sağlık hizmetine göre değer zincirinin bileşenleri ve faaliyetlerde yer alacak ekiplerin yapıları değişim gösterecektir. Kronik böbrek yetmezliğine ilişkin bir değer zinciri Şekil 26'da gösterilmektedir.

Bilgilendirme	Yaşam tarzı danışmanlığı Beslenme danışmanlığı	Teşhis ve sonuçlarının açıklanması	Yaşam tarzı danışmanlığı Beslenme danışmanlığı Müdahaleler hakkında eğitim	İlaçlar hakkında rehberlik ve uyumun denetlenmesi Yaşam tarzı ve beslenme danışmanlığı	İlaçlar hakkında rehberlik ve uyumun denetlenmesi Yaşam tarzı ve beslenme danışmanlığı	İlaçlar hakkında rehberlik ve uyumun denetlenmesi Yaşam tarzı ve beslenme danışmanlığı Böbrek nakli veya diyaliz hakkında bilgilendirme
Ölçme	Serum keratininin Yumak filtre oranı Proteinüri	Özel idrar tahlilleri Böbrek ultrasonu Serolojik Tahliller Böbrek damar anjiyosu Böbrek biyopsisi Nükleer tıp taramaları	Girişime özel tahliller	Girişime özel tahliller	Böbrek işlev testleri	Böbrek işlev testleri Kemik metabolizması Anemi
Erişim	Muayene	Muayene	Çeşitli	Muayene	Muayene / Laboratuvar	Muayene / Laboratuvar
	Laboratuvar	Laboratuvar		Hastane yatışı	Telefon	Telefon
	İzleme / Önleme	Teşhis Konulması	Hazırlanma	Müdahale	İyileşme / Rehabilitasyon	İzleme / Yönetim
	Böbrek fonksiyonlarının izlenmesi (yılda 1) Risk faktörlerinin izlenmesi ve tedbir alınması Anormal böbrek fonksiyonlarında nefroloji sevki	Bireyin ve ailesinin tıbbi geçmişi Yönlendirilmiş ileri tetkikler Diğer uzmanlarla konsültasyon Veri entegrasyonu Formel teşhis Tedavi Planının oluşturulması	Girişime özel hazırlık (Örn. Perhiz, ilaç kullanımı)	İlaçla müdahale Girişimle tedavi (böbrek damarı anjiyosu, cerrahi girişimler vb.)	İlaç tedavisinde doz ayarı Destekleyici beslenme değişikliklerinin belirlenmesi	Böbrek fonksiyonlarının yönetimi Diğer tedavilerin böbrek üzerinde yan etkilerinin yönetimi İlişkili hastalıkların (şeker, yüksek tansiyon vs.) etkilerinin yönetimi Böbrek nakli veya diyaliz tedavilerine yönlendirme

Nefroloji servisi
 Diğer hizmet birimleri

Şekil 26. Kronik Böbrek Yetmezliği İçin Sağlık Hizmeti Sunumu Değer Zinciri

Kaynak: Porter ve Tiesberg (2006:403).

Şekil 25 kronik böbrek yetmezliğine ilişkin sağlık hizmeti üretimi sürecini bir değer zinciri olarak göstermektedir. Burada yer alan faaliyetler, hastalığı konu alan temel uzmanlık alanı olan nefroloji ve farklı uzmanlık alanları arasında paylaşılmaktadır. Şekilde gri renkle gösterilen faaliyetler nefroloji servisi tarafından yerine getirilirken beyaz renkle gösterilen faaliyetler hastanenin diğer uzmanlık alanları ile ilgili birimlerince yerine getirilmektedir.

5. Hastanelerde ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçümü

Sağlık sistemleri çok sayıda paydaşı olan kompleks sistemlerdir. Performans ölçümü bu karmaşık sistemde yer alan çok sayıda paydaşın gereksinimlerinin ve sistemin amaçlarının ne düzeyde karşılandığını ölçmek, gözlemlemek, değerlendirmek ve ortaya çıkan bu bilgileri iletmek gibi önemli işlevlere sahiptir (Smith vd. 2008:2). Shaw (2003:5) sağlık kurumlarında performans ölçümü açısından performansın, farklı paydaş gruplarının değerleri, beklentileri ve gereksinimlerini yansıtan, açıkça ifade edilmiş amaçlar açısından tanımlanması gerektiğini ifade eder.

Sağlık sistemi farklı alt sistemlerden oluşan bir sistemdir. Haliyle sağlık sisteminde performans ölçümü farklı düzeylerde gerçekleştirilebilir. Bir ülkenin sağlık sisteminin tümünün performansı, birden fazla sağlık kurumunu bünyesinde barındıran hastane sistemlerinin performansı, hastane performansı, hastane bölümü performansı, hekimlerin bireysel performansı, hatta her bir tedavi girişiminin performansı ölçüme konu edilebilir.

Sağlık sistemi performansının ölçümüne ilişkin olarak alan yazında pek çok kaynak bulunmaktadır. Özellikle OECD ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar ve ülkelerin sağlık bakanlıkları ve benzer kamu otoriteleri sağlık sistemi ölçeğinde, genel popülasyon üzerinde sağlık çıktı ve sonuçlarını temel alan pek çok performans ölçüm sistemi önermektedir. Bunlara örnek olarak Schwellnus, 2009, Hakkinen ve Joumard, 2007, Economou ve Giorno, 2009 verilebilir. Bu çalışmalar OECD tarafından ülke sağlık sistemlerinin farklı performans boyutlarında değerlendirmelerini içermektedir. Ayrıca ülke düzeyinde İrlanda⁹ ve Birleşik Krallık'ta¹⁰ yürütülen, ulusal sağlık sistemine yönelik performans ölçümü sistemleri de mevcuttur. Ancak makro ölçekli bir yaklaşım, ve popülasyon sağlığını temel alan ölçütler kullanan bunlar ve benzeri çalışmaların hastanelerde performans ölçümüne yönelik olarak kullanışlılığı sınırlı olmaktadır.

⁹ http://www.dohc.ie/publications/fulltext/quality_and_fairness/ (Erişim tarihi 02.02.2012)

¹⁰

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4013671.xls (Erişim tarihi 02.02.2012)

Sağlık kurumları ve hastanelerde performansın ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde birbirinden farklı çok sayıda analiz, model ve ölçüm sistemleri bulunduğu için standart bir sınıflandırma oldukça güçtür. Yine de sağlık hizmetlerinde performans ölçümüne ilişkin farklı çalışmalarda yer alan bir performans terminolojisi mevcuttur. Burada yer alan terimler sağlık kurumlarında sağlık hizmeti üretim ve sunum süreci, ve üretilen hizmetlerin özellikleri ile ilgili olarak, yararlılık (efficacy), uygunluk (appropriateness), bulunabilirlik (availability), zamanındalık (timeliness), etkinlik (effectiveness), süreklilik (continuity), güvenlik (safety), verimlilik (efficiency), saygı ve şefkat (respect and caring) biçiminde sıralanabilir (Joint Commission, 2004:57). Bu kavramlar kısaca tanımlanacak olursa;

- Yararlılık: Sunulan sağlık hizmetinin arzu edilen sonuca ulaşma derecesini gösteren bir kavramdır. Özellikle herhangi bir müdahalenin iyileştirici etkisi odaklı olarak kullanılır.
- Uygunluk: Sunulan sağlık hizmetinin hastanın bireysel gereksinimlerine uyum derecesini ifade eder. Herhangi bir müdahalenin belirli bir sağlık durumu doğrultusunda uygunluğundan söz edilebilir
- Bulunabilirlik: Uygun sağlık hizmetine bireysel ulaşılabilirlik derecesini ifade eder.
- Zamanındalık: Hastaya sağlık hizmetinin faydalı, gerekli ve uygun olduğu zamanda sunulmasını ifade eder.
- Etkinlik: İstenen sonuçlara ulaşmada geçerli bilgiyi verme ve doğruyu sunma derecesini ifade eder.
- Süreklilik: Sağlık hizmeti sunumunun doktorlar ve kurumlar arasında ve gelecekte kesintisiz ve düzenli olarak sürdürülme derecesini ifade eder.
- Güvenlik: Müdahaleden ve ortamdan kaynaklanan risklerin hasta ve hizmet sunucuları da kapsayan biçimde azaltılma derecesidir.
- Verimlilik: Sunulan sağlık hizmetinde kullanılan girdi ve elde edilen çıktı arasındaki ilişkiyi, diğer bir ifadeyle amaca ulaşma maliyeti ile amacın faydası arasındaki ilişkiyi ifade eder.

- Saygı ve şefkat: Sağlık hizmetinin hastanın gereksinimleri, beklentileri ve bireysel farklılıklarına göre özelleştirilme derecesi ve hasta onamlı bakımı kapsama derecesidir (Joint Commission, 2004:57).

Sağlık hizmetlerinde performanstan söz ederken temelde üç tür performans ölçütünden bahsedilir. Bunlar yapı, süreç ve sonuçlara dayalı ölçütlerdir (Shortell ve Kluzny, 2006:427). Yapısal ölçütler örgüt performansı üzerinde etkili olduğu varsayılan örgütsel özellikler veya katılımcının özellikleridir. Bir bağlamda örgütün etkili sonuçlar üretme kapasitesine ilişkin girdi ölçütleri olarak düşünülebilir. Bunlara örnek olarak kurumun akreditasyon durumu, sağlık teknolojilerinin mevcudiyeti, bilgi teknolojileri adaptasyonu düzeyi ve randevu süresi verilebilir (Hough, 2008:178).

Süreç ölçütleri gerçekleştirilen faaliyetlerin istenilen çıktı veya sonuç açısından uygunluğunu değerlendiren ölçütlerdir. Bu ölçütlerin temelinde yatan varsayım doğru işlerin doğru bir biçimde yapılmasının hasta için en iyi sonuçları vereceğidir. Süreç ölçütleri işin yapılışında yer alan aktivitelerle ilgili kanıtlara dayalıdır. Herhangi bir faaliyetin belirli standartlara uyumu buna iyi bir örnektir. Klinik örnek olarak ise kalp krizi durumlarında 24 saat içinde beta önleyici verilmesidir (Harrington ve Pigman, 2010:31).

Sonuç ölçütleri iş sürecinin çıktılarına ilişkin ölçütler olarak ele alınabilir. Bu ölçütler, üzerinde çalışılan öznenin özelliklerinde, yapılan işe atfedilebilecek dönüşümler üzerine kuruludur (Dey, vd, 2008:449). Sonuç ölçütleri, sağlık hizmeti kapsamında gerçekleştirilen işlemlerin hastanın sağlık durumundaki etkilerini ifade eder. Sonuç çıktıları sağlık hizmetine neden olan sağlık sorununun çözülmesi (iyileşme, kötüleşme veya ölüm gibi bir sonuca kavuşması) sonucunda ölçülebilecektir (Harrington ve Pigman, 2010:31).

Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık hizmetleri ile ilgili yapısal ölçütler hizmet sağlayıcının (kurumsal veya bireysel) özellikleri ile ilgili, süreç ölçütleri sonuçlara bakılmaksızın hizmet üretimi ile ilgili, sonuç ölçütleri ise sağlık hizmetinin sağladığı sağlık artışı (veya azalışı) ile ilgili ölçütler olarak düşünülebilir. Bu ölçütler birbirlerinden bağımsız ölçütler değildir. Sağlık hizmetlerine ilişkin yapısal ölçütlerin

sağlık hizmeti üretimi sürecini etkileyeceği varsayılır. Diğer bir deyişle yapı nelerin yapıldığı ve nelerin yapılmadığını ve yapılan işlerin ne düzeyde iyi yapıldığını belirler. Bu ise hastaların sağlık hizmeti sunucusu ve hizmet sunum süreci ile etkileşimleri sonucunda yaşadıkları sağlık çıktılarına etkiler. Çıktı sonuçları genel olarak ölüm, hastalık ve sağlık durumu ölçütleri olarak ele alınmakla beraber analiz yapılan düzey doğrultusunda farklı ve özelleştirilmiş ölçütler de kullanılacaktır (Aday vd, 2004:57).

White ve Griffith (2010:145) sağlık hizmeti sunum performansını klinik performans bağlamında incelemektedir. Klinik performans sağlık kurumunun sunduğu teşhis ve tedavi hizmetine ilişkin sonuç performansı olarak düşünülebilir (White ve Griffith, 2010:141). Sağlık kurumlarının yerine getirmesi gereken temel işlevler doğru teşhiste bulunmak; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanlı verimli ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunmak; hasta bakım planlaması ve tedaviyi kişiselleştirmek, toplum sağlığına katkıda bulunmak ve klinik performansı iyileştirmektir. Bu işlevleri yerine getirmede ise, sağlık kurumları performans ölçümüne ihtiyaç duyar.

White ve Griffith (2010:170) klinik performans ölçütlerini girdi ve çıktı ölçütleri olarak sınıflandırır. Girdi ölçütleri; talep, maliyet ve insan kaynakları, çıktı ölçütleri ise; verimlilik, kalite ve memnuniyet ölçütlerinden oluşur. Bu ölçütler Tablo 10’da gösterilmektedir. Burada yer alan performans ölçütleri klinik performansı çok boyutlu bir kavram olarak ele almaktadır. Sağlık hizmetleri üretimi ev sunumu çok farklı uzmanlık alanları ve farklı faaliyetleri içeren bir süreç olduğu için performansının da çok boyutlu olarak ölçülmesi normal karşılanabilir.

Tablo 10. Klinik Performans Ölçütleri

Performans Boyutu	Örnekler
Girdi Ölçütleri	
Talep	
Sağlık hizmeti istemi	Hasta yaşı, hizmet türü veya yere göre hasta akışı, randevu isteği, konsültasyon ve sevk isteği
Pazar payı	Toplumun sağlık hizmeti talebinin yüzdesi
Hizmetin uygunluğu	Epidemiyolojik planlama modelinden beklenen talep yüzdesi
Hizmet lojistiği	Çalışma saatleri
Maliyet	
Hasta başı toplam maliyet	Hizmet türü için işçilik, malzeme, tesis ve dolaylı maliyetler
Kaynak durumu	Doluluk, kapasite kullanımı, ekipman yaşı, ekipman arıza oranı
İnsan Kaynakları	
Arz	Personel düzeyi, personel eksiklikleri, boş kadro miktarı
Eğitim	Çalışan başı ortalama eğitim süresi
Çalışan memnuniyeti	Çalışan sadakati, muhafaza veya işe son verme oranı, işe gelmeme oranı, kaza veya yaralanmadan kaynaklı işgünü kaybı
Çıktı Ölçütleri	
Verimlilik	
Tedavi edilen hastalar	Belirli gruplara göre taburcu oranı
Vaka başı maliyet	Belirli gruplara göre taburcu edilen hastanın toplam maliyeti
Tedavi başı maliyet	Belirli aktivite (hastaya sunulan sağlık hizmeti birimi) bazlı hasta başı maliyet
Kalite	
Klinik çıktılar	Taburcu edilme anında hastanın sağlık durumunun değerlendirmesi
Prosedür kalitesi	Belirli görev veya olayların gerçekleştirilmesini değerlendirir
Yapısal kalite	Hizmetin erişilebilirliğini ve yeterliliğini ölçer
Tatmin	
Hasta tatmini	Taburcu edilme anı veya sonrası anketler veya şikayetler
Sevk eden hekim tatmini	Anket veya şikayetler
Diğer müşteri tatmini	Topluma yönelik anketler, sınır aşıcı faaliyetler
Erişim	Hizmette gecikme, karşılanamayan talep

Kaynak: White ve Griffith, (2010:170).

Sağlık hizmeti kapsamında gerçekleştirilen işlem ve müdahaleler bireyin sağlık durumunda iyileşme ortaya çıkarmayı amaçlar. Sağlık düzeyinde iyileşme ise sağlık durumunun bir üst düzeye çıkartılması olarak düşünülebilir. Sağlık hizmeti sonucunda gerçekleşen bu iyileşmeler sağlık çıktıları olarak adlandırılabilir. Sağlık çıktılarına ilişkin genel ölçütlerin yanı sıra hastalık bazlı ölçütler de mevcuttur. Genel ölçütler olarak kısa form 36¹¹, EQ-5D¹² sıkça kullanılmaktadır. Hastalık bazlı ölçütler olarak ise Romatizma Etkisi Ölçüm Skalası¹³ Parkinson Hastalığı Anketi-39 (PDQ-29)¹⁴ verilebilir (Smith vd, 2008:4).

Sağlık çıktıları bir tedavi işleminin kısa dönemli etkisinin yanı sıra uzun vadeli etkisini de kapsayan bir kavramdır. Sağlık çıktısı klinik çıktı, maliyet, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetinden oluşan dört boyutlu bir kavramdır. Bu dört boyut tedavinin etkililiğinin yanı sıra verimliliğini de gösterir (Walburg, 2006:24).

Klinik çıktılar hastanın vücudunda meydana gelen değişimlerdir. Tıbbi olarak, hastanın biyokimyası, fizyolojisi ve mikrobiyolojisinde veya hastalık belirtilerinde meydana gelen değişimleri ifade eder. Klinik çıktılar çeşitli tetkik yöntemleri ile ölçülebilir değişimlerdir. Hastalık belirtilerindeki değişimler ise belirtilerin ortadan kalkması, azalması veya stabilize edilmesi şeklinde olabilir (Walburg, 2006:82).

Yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti birbirleri ile ilgili kavramlardır. Yaşam kalitesi tedavinin belirli objektif kriterler aracılığıyla değerlendirilmesini içerirken, hasta

¹¹ 1992 Yılında RAND Corporation tarafından yürütülen bir çalışma sonucu geliştirilen short form -36 (SF-36) adlı bu ölçek yaşam kalitesi ve sağlık durumuna ilişkin jenerik bir ölçektir. SF-36 bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Burada hastanın sağlık durumunu 8 boyutu kapsayan 36 maddeye verdiği cevaplar doğrultusunda değerlendirilir. Bu boyutlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), akıl sağlığı (5 madde), zindelik (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığa ilişkin genel algıdan (5 madde) oluşmaktadır. SF-36'nın Türkçe örneği için:

http://www.spinetr.org/skor/ShortForm_36.pdf?phpMyAdmin=58238cb5a2deb6fcf3e67cf148c3ded4 (Erişim tarihi 02.02.2012).

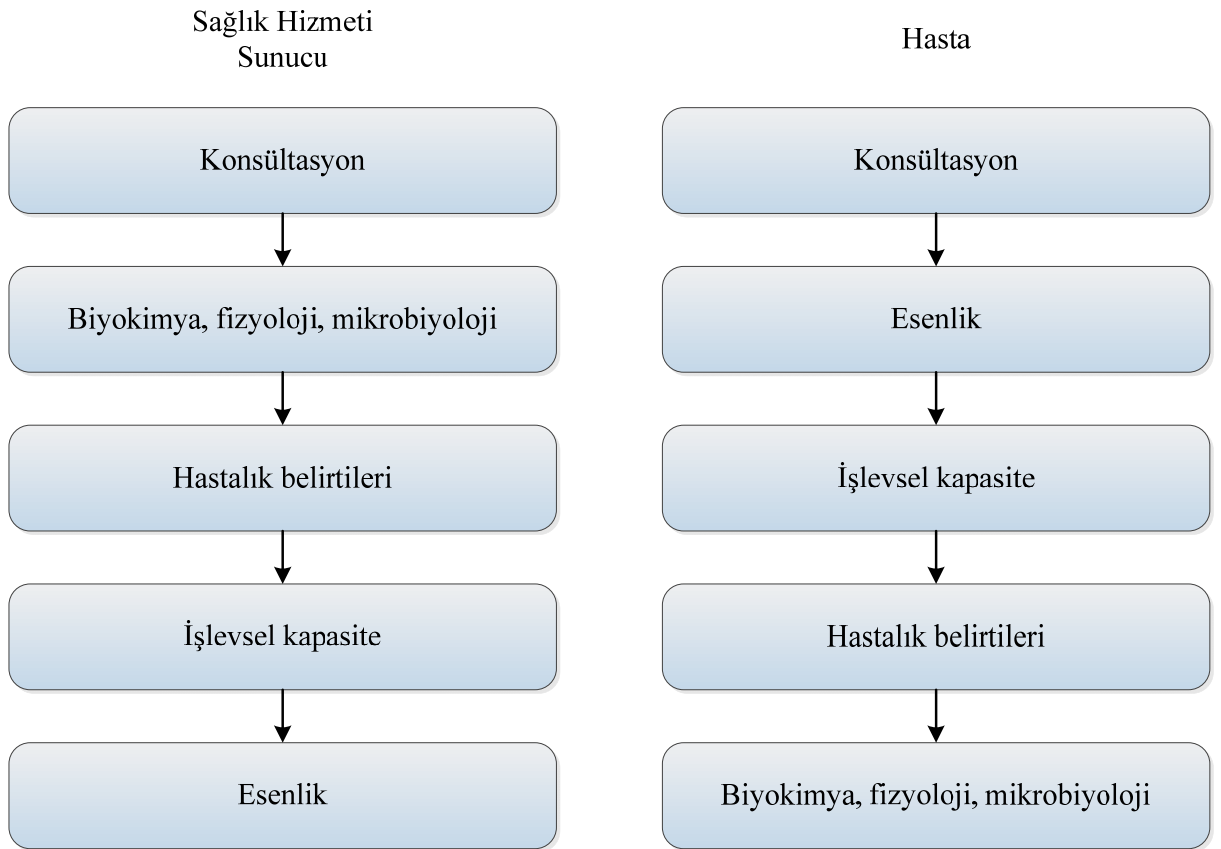
¹² EuroQol tarafından geliştirilmiş bu öz-değerlendirme formu sağlık durumunu mobilite, öz-bakım, normal aktiviteler, ağrı ve depresyon boyutlarında ölçer. Her boyuta ilişkin problem yok, biraz problem var, büyük ölçüde problem var seçenekleri ile değerlendirmede bulunulabilmektedir. EQ-5D hakkında daha fazla bilgi için:

<http://www.euroqol.org/eq-5d/what-is-eq-5d.html> (Erişim tarihi 02.02.2012).

¹³ Özdeveci, 2011.

¹⁴ Parkinson's Disease Questionnaire-39 olarak adlandırılan ölçek için: <http://www.isis-innovation.com/outcomes/cns/pdq.html> (Erişim tarihi 02.02.2012)

memnuniyeti sübjektif, algısal bir kavramdır. Yaşam kalitesi hastanın işlevsel sağlık durumuna ilişkin sistemik bir değerlendirme, hasta memnuniyeti ise algısal bir değerlendirmedir. Sağlık çıktıları alt düzeyden üst düzeye doğru; biyokimya, fizyoloji ve mikrobiyoloji düzeyinde ortaya çıkan sonuçlar, hastalık belirtilerinde ortaya çıkan sonuçlar, işlevsel kapasitede ortaya çıkan sonuçlar ve son olarak esenlik düzeyindeki sonuçlardır. Bu aynı zamanda sağlık hizmetinin hasta ve sağlık hizmeti sunucusu açısından amaçlarındaki farklılığı da ortaya koyar. Şekil 27’de farklı düzeylerde sağlık çıktıları ve sağlık hizmetlerinin amaçlarına ilişkin farklı bakış açıları göstermektedir.



Şekil 27. Sağlık Hizmetinden Farklı Beklentiler ve Sağlık Çıktıları Düzeyleri

Kaynak: Walburg, 2006:92.

Sağlık hizmeti sunan hekim açısından en temel düzeyde çıktı hastanın biyokimyası, fizyolojisi ve mikrobiyolojisi ile ilgili olanlardır. Bu düzeyde ortaya çıkacak iyileşme tedavinin etkililiğinin ilk sinyalıdır. İkinci düzeyde çıktı ise hastalığın gözlemlenebilir

belirtilerinde ortaya çıkan iyileşmelerdir. Üçüncü düzeyde çıktılar hastanın işlevsel kapasitesi ile diğer bir deyişle normal yaşantıda gerek duyulan etki, tepki ve etkileşim yetenekleri ile ilgilidir. Bu işlevler fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevler olarak sınıflandırılır. Dördüncü ve son çıktı düzeyi ise hastanın esenliğidir ve sağlık çıktılarının içinde en köklü, belirgin ve ölçümü en zor çıktıdır. Sağlık hizmetinden sağlık hizmeti sunucusu ve hastanın farklı beklentilerinin özünde ise hizmet sunucunun sorunun temel nedeni üzerine odaklı olduğu için ilk iki düzey çıktı üzerinde odaklı iken, hastanın sorunu esenlik kaybı olarak değerlendirmesidir. Hekimin iyileşmeye ilişkin temel ve öncelikli beklentisi hastanın vücudu ve hastalık belirtileri açısından iyileşme göstermesi, hastanın öncelikli beklentisi ise esenlik durumuna geri kavuşmaktır. Hastalık nedenleri üzerindeki iyileşmeler sırasıyla işlevsel kapasite ve esenlik de iyileşmeye neden olacaktır. Bu farklı bakış açıları akut ve kronik hastalıklarda farklılık göstermektedir. Kronik hastalıklarda hekimin de hastanın da öncelikli amacı işlevsel kapasitenin iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlanmasıdır (Walberg, 2006: 90-93).

5.1. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Performans Ölçümü

Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında uygulanan performans ölçüm ve yönetim sistemlerinin esasları Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinde¹⁵ düzenlenmektedir. Söz konusu yönerge sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması için sağlık kurumlarının kurumsal performansının ölçümü için hazırlanmıştır. Yönergenin birinci bölümü amaç, kapsam ve tanımlarla ilgilidir. İkinci bölümde ise il genelinde performans ve kalite geliştirme çalışmalarının koordine edilmesi ile görevlendirilen İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, ve sağlık kurumlarında oluşturulması öngörülen Kalite Yönetim Birimleri tanımlanmaktadır. Yönergenin üçüncü bölümü kurum (hastane) katsayıları, beşinci bölümü ise kurumsal performans katsayısı ve diğer hükümlerle ilgilidir. Dördüncü bölüm kuruluş (sağlık ocağı, 112 acil servisi vs.) katsayıları ile ilgili düzenlemeleri kapsamaktadır.

¹⁵ Son revizyonu 01.03.2011 Tarihinde yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı web sitesinden: http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yen_i/1111.pdf adresinde mevcuttur (Erişim tarihi 02.02.2012)

Bu yönergeye göre aylık kurumsal performans katsayısı yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılmaktadır (Madde 12, 2. fıkra). Sağlık kurumlarında:

$$\text{Kurumsal Performans Katsayısı} = [(Hizmet Kalite Katsayısı \times 0,65) + (\text{Memnuniyet Katsayısı} \times 0,20) + (\text{Veri İzleme Katsayısı} \times 0,15)]$$

Şeklinde hesaplanır (Madde 12 3. fıkra). Ayrıca, sağlık kurumlarında her bir dönem için hesaplanan kurumsal performans katsayısından, her bir ay için hesaplanan Finansal Değerlendirme Katsayısı çıkartılarak “Aylık Kurumsal Performans Katsayısı” hesaplanır (Madde 12, 5. fıkra). Aylık kurumsal performans katsayısı kurumlarda dağıtılabilecek ek ödeme tutarının hesaplanmasında kullanılır. Finansal değerlendirme katsayısının hesaplanması ise yönergenin 6. ekinde düzenlenmiştir¹⁶. Buna göre finansal değerlendirme katsayısı şu şekilde hesaplanır:

$$\text{Finansal Değerlendirme Katsayısı} = (-1) \times (\text{Banka Sonrası Toplam Borç} / \text{Toplam Tahakkuk}).$$

Banka sonrası toplam borç ve toplam tahakkuk rakamları Tek Düzen Muhasebe Sistemi olarak adlandırılan merkezi muhasebe bilgi sisteminden alınmaktadır. Finansal değerlendirme katsayısı ile ilgili yönerge ekinde belirtilen esaslar doğrultusunda; 0,03; 0,06; 0,08; 0,10 veya 0,12 puana dönüştürülerek elde edilen puanlar, performansa dayalı ek ödeme hesaplaması için kullanılır.

Kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında kullanılan hizmet kalite katsayısı İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü tarafından Hizmet Kalite Standartları¹⁷ doğrultusunda 0,65 ile 1,00 arasında bir rakam olarak belirlenir (Madde 8, 1. fıkra).

¹⁶ http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/17_ocak_2012/3ek6.pdf (Erişim tarihi 02.02.2012).

¹⁷ 192 sayfa, 354 standart ve toplam 900 alt bileşenden oluşan HKS metni sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin standardizasyonu için gerekli yapısal standartları belirler. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni_hkskitap.pdf (Erişim tarihi, 02.02.2012)

Memnuniyet katsayısı kurumların her dönem memnuniyet anketleri uygulama rehberi¹⁸ çerçevesinde standart anket setleri uygulaması sonucu ölçülür ve 0 ile 1 arasında bir değere sahiptir. Anket uygulama rehberi hastanelerde aylık olarak ayakta hasta memnuniyet anketi, yatan hasta memnuniyet anketi ve acil servis hasta memnuniyet anketinin uygulanmasını öngörür. Yılda iki defa ise çalışan memnuniyet anketi uygulanır.

Ayaktan hasta memnuniyet anketi¹⁹; 6' sı demografik verilere yönelik olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Maddelerden biri, “hastaneye ilk başvurunuz mu?” şeklinde, evet ve hayır şıklarına sahiptir. Diğer ifadeler evet, biraz ve hayır’dan oluşan 3 seçeneğlidir.

İfadeler;

- 1) Hasta kayıt işlemleri için çok beklemedim,
- 2) Muayene olacağım doktoru kendim seçtim,
- 3) Kayıt / kabul sırası beklediğim yer rahattı,
- 4) Beni muayene eden doktor hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı,
- 5) Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı,
- 6) Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı,
- 7) Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi,
- 8) Bana yapılan tahlil/tetkikler için çok beklemedim,
- 9) Bu hastaneyi başkalarına öneririm,
- 10) Bir daha hastaneye gelmem gerekse bu hastaneyi tercih ederim,
- 11) Poliklinikler (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi,
- 12) Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi, biçimindedir.

18

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/03_ocak_2012/0501memnuniyet_anketleri_uygulama_rehberi_2012.pdf (Erişim tarihi 02.02.2012).

19

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/21ayaktananket.doc (Erişim tarihi 02.02.2012).

Yatan hasta memnuniyet anketi 6'sı demografik verilere yönelik toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ankette yer alan ve evet, biraz ve hayır seçenekleri ile değerlendirilmesi istenen ifadeler;

- 1) Yattığım oda temizdi,
- 2) Oda sıcaklığı uygundu,
- 3) Yattığım oda ve çevresi gürültülü değildi,
- 4) Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.),
- 5) Yemekler geldiğinde sıcaktı,
- 6) Yemekler lezzetliydi,
- 7) Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı,
- 8) Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı,
- 9) Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı,
- 10) Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler,
- 11) Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi,
- 12) Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı,
- 13) Bu hastane güvenlidir,
- 14) Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim,
- 15) Hastane genel olarak temizdi,
- 16) Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi, şeklindedir.

Acil servis hasta memnuniyet anketi²⁰ 6'sı demografik verilere yönelik olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Ankette yer alan ve evet, biraz ve hayır seçenekleri ile değerlendirilmesi istenen ifadeler;

20

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/21acilanket.doc (Erişim tarihi, 02.02.2012)

- 1) Acil serviste çok beklemeden muayene oldum,
- 2) Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı,
- 3) Tüm personel bana karşı kibar ve saygılıydı,
- 4) Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi,
- 5) Beni muayene eden doktor, hastalığının nedeni konusunda bana bilgi verdi,
- 6) Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim,
- 7) Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi,
- 8) Acil servis temizdi,
- 9) Tekrar acile gelmem gerekirse yine bu acil servisi tercih ederim,
- 10) Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi, biçimindedir.

Çalışan memnuniyet anketi²¹ ise 4'ü demografik verilere yönelik olmak üzere toplam 21 maddeden oluşmaktadır. 1-12 maddeler evet, biraz/bazen ve hayır seçeneklerinden biri, 13-16 maddeler ise evet veya hayır seçenekleri ile cevaplanabilmektedir. Ankette yer alan ifadeler;

- 1) Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum,
- 2) Çalışma ortamım ve çalışma koşullarım ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur,
- 3) Çalışma mekânım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir,
- 4) Çalıştığım bölümde kendimi güvende hissediyorum,
- 5) Çalıştığım bölümde çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirler alınmaktadır,
- 6) Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmektedir,
- 7) Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzeltici ve önleyici faaliyetler yapmaktadır,
- 8) Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretmekte ve gerekli önlemleri almaktadır,
- 9) Yöneticilere sorunlarımı iletme imkânı bulurum,

21

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/21calisan.doc (Erişim tarihi, 02.02.2012).

- 10) Yönetim “Hizmet Kalite Standartları (HKS)” konusunda tüm çalışanları bilgilendirir,
- 11) Çalıştığım bölümün işleyişi konusunda önerilerim dikkate alınır,
- 12) Çalıştığım kurumdan ayrılmayı hiç düşünmem.

13-16 maddeler ise evet veya hayır seçeneği ile cevaplanmaktadır;

- 13) Son 6 ay içinde fiziksel bir saldırıya uğramadım,
- 14) Son 6 ay içinde bir hizmet içi eğitime katıldım,
- 15) Çalıştığım bölüm ile ilgili olmak üzere, son 6 ay içinde hasta ve çalışan güvenliği (hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, hastaya doğru tedavi uygulanması, enfeksiyonları önleme, mahremiyet, vb.) konularında eğitim aldım,
- 16) Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında eğitim aldım. Tüm anketlerde son madde görüş ve öneriler için verilen alandır.

Memnuniyet katsayısı genel hastanelerde ayaktan hasta memnuniyet katsayısının %40'ı, yatan hasta memnuniyet katsayısının %40'ı ve acil servis hasta memnuniyet katsayısının %20'sinin toplanması ile hesaplanır. Dal hastanelerinde ise ayaktan ve yatan hasta memnuniyet katsayılarının %50'si toplanır. Ayaktan hasta memnuniyet katsayısı dönem içi uygulanan anketlerin toplam puanının anket uygulanan kişi sayısına bölümünün 100 ile çarpılıp bulunan rakamın 36 ile bölünmesi ile hesaplanır. Yatan hasta memnuniyet katsayısı dönem içi uygulanan anketlerin toplam puanının anket uygulanan kişi sayısına bölümünün 100 ile çarpılıp bulunan rakamın 38 ile bölünmesi ile hesaplanır. Acil servis memnuniyet katsayısı ise dönem içi uygulanan anketlerin toplam puanının anket uygulanan kişi sayısına bölümünün 100 ile çarpılıp bulunan rakamın 30 ile bölünmesi ile hesaplanır.

Kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında kullanılan son değişken ise veri izleme katsayısıdır. Veri izleme göstergeleri seti içinde yer alan her bir göstergenin belirlenen esaslar çerçevesinde katsayısının hesaplanması suretiyle veri izleme katsayısı hesaplanır ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından ilan edilir. Veri izleme katsayısını hesaplanması

esaları veri izleme gösterge setinde²² yer almaktadır. Buna göre; veri izleme göstergeleri, Performans Yönetimi Bilgi Sistemine (PYBS), SağlıkNet’e (Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş olan ulusal sağlık bilgi sistemine verilen ad) veri gönderimi ve memnuniyet anket sonuçlarının gönderimidir. PYBS veri gönderimi zamanında ve doğru yapılırsa 0,5 puan, SağlıkNet’e veri gönderimi zamanında ve doğru yapılırsa 0,7 puan, memnuniyet anketi sonuçları zamanında ve doğru gönderilmişse 0,3 puan verilir. Her bir veri gönderiminin zamanında ve doğru yapılmaması durumunda o gösterge için 0 puan verilir.

Sağlık Bakanlığı’nın uyguladığı kurumsal performans ölçümü sonucu elde edilen kurumsal performans katsayısı sağlık kuruluşunca dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılır. Ek ödeme yönetmeliğinin²³ 8. maddesinin 1. fıkrası “döner sermaye komisyonu, dağıtılacak tutarı, o dönem döner sermaye gelirlerinden, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Hazine ve Bakanlık payları ayrıldıktan sonra kalan miktarın %50’sinin, kurumsal performans katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktarı geçmeyecek şekilde belirler” ifadesiyle hesaplanan kurumsal performans göstergesinin işlevini tanımlar. Buradan da anlaşılabileceği üzere kurumsal performans olarak tanımlanan olgunun hastane performansını ölçüp, performansını geliştirmeye yönelik bir sürekli iyileştirme döngüsü kurmak gibi bir amacı bulunmamaktadır. Her ne kadar performansa ilişkin yapısal, memnuniyet anketleri de sonuç ölçütleri olarak ele alınabilecek olsa da sistemin işleyişinde bu verilerin ölçüm sıklığı (HKS için yılda bir, memnuniyet anketleri için yılda iki kez) etkin bir performans ölçüm ve yönetim sistemi sunmamaktadır.

22

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/3ek3veriizleme.pdf (Erişim tarihi, 02.02.2012).

²³ Tam adı: Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/01_subat_2011/1409ekodeme.pdf

(Erişim tarihi, 02.02.2012).

5.2. Uluslararası Nitelikli Hastane Performans Ölçüm Sistemleri

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde uygulanan performans ölçümü sistemi ulusal nitelikli bir sistemdir. Benzer ulusal sistemler farklı ülkelerde de mevcuttur. Ancak literatürde uluslar arası nitelikli hastane performans ölçümüne yönelik dikkat çeken iki sistem vardır. Bunlar Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi (International Quality Indicator Project, IQIP) ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından geliştirilen Hastanelerde Kalite İyileştirme için Performans Değerlendirme Aracı (Performance Assessment Tool for Quality Improvements in Hospitals- PATH) dir.

5.2.1. Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi

Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi (International Quality Indicator Project, IQIP) farklı sağlık hizmeti sunumu ortamları için tasarlanmış dört farklı performans gösterge setinden oluşmaktadır. Bu sunum ortamları akut bakım, psikiyatrik bakım, uzun süreli bakım ve evde bakımdır. Her gösterge kümesinde o bakım sunumuna uygun çok sayıda gösterge bulunur. Bu göstergeler aracılığıyla hastaneler arasında mukayese yapılabilir. Her sağlık kurumu kendi hizmet sunum ortamına uygun gösterge seti veya istediği gösterge seti doğrultusunda bildirimde bulunabilir. IQIP 17 ülkede 350 civarında sağlık kurumunda kullanılmaktadır²⁴. IQIP kapsamında toplam 47 gösterge yer almaktadır. Ancak, genel hastanelere uygunluk açısından burada akut bakım göstergelerine yer verilmektedir. IQIP akut bakım gösterge setinde 27 adet gösterge bulunmaktadır. Her bir gösterge altında ise farklı alt göstergeler de yer alabilmektedir. Tablo 11, IQIP akut bakım göstergelerini göstermektedir.

Tablo 11. Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi Akut Bakım Göstergeleri

Yatarak Bakım Göstergeleri
Gösterge 1b: Yoğun Bakım Ünitelerinde Cihaz Kullanımı (3 farklı cihaz)
Gösterge 2a: Ameliyat Bölgesi Enfeksiyonu (14 cerrahi girişim türü)
Gösterge 2b: Cerrahi Girişimlerde Antibiyotikle Koruma (10 farklı cerrahi girişim)
Gösterge 3: Yatan Hasta Ölüm Oranı (28 farklı hastalık için)

²⁴ <http://www.internationalqip.com/indicators.aspx> (Erişim tarihi, 02.02.2012).

Gösterge 4: Yeni Doğan Ölüm oranı (4 farklı doğuş ağırlığı grubu için)
Gösterge 5: Ameliyat Süreci (öncesi, esnası ve sonrası) Ölüm Oranları (15 farklı cerrahi müdahale türü için)
Gösterge 6: Doğum (5 farklı ölçüt)
Gösterge 7: Planlanmamış Yeniden Yatış (15 farklı hastalık için)
Gösterge 8: Ayakta Tedavi Sonrası Planlanmamış Yatış (3 farklı hastalık türü)
Gösterge 9: Yoğun Bakım Ünitesine Planlanmamış Dönüş (8 farklı ölçüt)
Gösterge 10: Ameliyathaneye Planlanmamış Dönüş (14 farklı prosedür için)
Gösterge 11: Koroner Bypass Ameliyat Süreci Ölüm Oranı (5 ölçüt)
Gösterge 12: Fiziksel Kısıtlama (alıkoyma) (6 farklı süre ölçütü, 12 farklı neden)
Gösterge 13: Belgelenmiş Düşme Vakası (10 farklı kategori)
Gösterge 14a,b,c,d,e: Sakinleştirici ve Ağrı Kesici Kullanımı Sonrası Komplikasyon (a, Yoğun Bakım Ünitesinde; b, Kalp Kateterizasyon Laboratuvarında; c, Endoskopi Ünitesinde; d, Acil Serviste; e, Radyoloji Ünitesinde) (9 farklı kategori)
Gösterge 15: Akut Yatarak Tedavi Hizmetlerinde Basınç Ülseri (5 farklı kategori)
Gösterge 16a: Ameliyat Sonrası Tromboz (pıhtı atması) (11 farklı cerrahi girişim türü için)
Gösterge 16b: Ameliyat Öncesi Pıhtı Önleyici (11 farklı cerrahi girişim türü için)
Gösterge 17a: Yoğun Bakım Ünitesinde Cihaz Kaynaklı Dirençli Bakteri Enfeksiyonu (6 farklı cihaz kullanımı için)
Gösterge 17b: Birden Fazla İlaça Dirençli Organizma Enfeksiyonu (13 farklı enfeksiyon türü)
Gösterge 17c: Antibiyotik Dirençli Bakteri Taraması (4 farklı ölçüt)
Gösterge 18: Başarılı Kalp Damarı Açma (4 farklı ortam için)
Gösterge W1: Hastane Personelinde İğne Yaralanması (6 farklı ölçüt)
Ayakta Bakım Göstergeleri
Gösterge A1: Acil Servise Plansız Geri Dönüş (4 farklı kategoride)
Gösterge A2: Acil Serviste Kalış Süresi (6 farklı sonuç için)
Gösterge A3: Röntgen Hataları
Gösterge A4: Tedavi Tamamlanmadan Acil Servisten Ayrılan Hasta Sayısı
Gösterge A5: Randevulu Ayakta Tedavi Prosedür İptalleri (3 farklı kategori)
Gösterge A6: Ayakta Tedavide Belgelenmiş Düşme Vakası (4 farklı kategori)

Kaynak: http://www.internationalqip.com/Documents/All_Indicators.zip (Erişim 02.02.2012)

5.2.2. Dünya Sağlık Örgütü Hastanelerde Kalite Gelişimi için Değerlendirme Aracı (PATH)

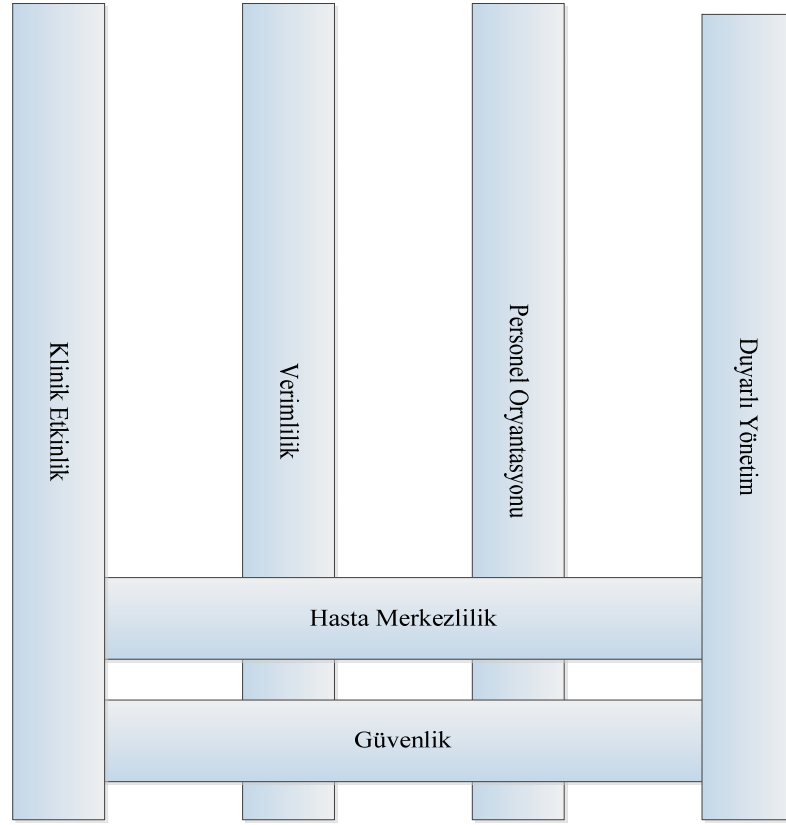
Hastanelerde Kalite Gelişimi için Değerlendirme Aracı, PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvements in Hospitals) DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından geliştirilen bir performans ölçümü sistemidir. Söz konusu sistem 2003 yılında başlayan bir seri çalışma ile geliştirilmiştir²⁵. PATH projesinin amacı hastanelerin

²⁵ Shaw, 2003; DSÖ, 2003;;DSÖ, 2004; DSÖ, 2007; Smith vd (2008)

performanslarını değerlendirmede, sonuçlarını gözden geçirerek iyileştirmeye yönelik girişimlerinin desteklenmesidir.

PATH bir çok boyutlu performans ölçümü modelidir. şekil 28 PATH Teorik modelini göstermektedir. Bu kavramsal model; DSÖ'nün hastane performansına ilişkin politikalarının, sağlık sistemi ve hastane performansına ilişkin DSÖ kaynaklarının, literatürde yer alan performansa ilişkin kavramsal modellerin ve hastane performansını değerlendirmeye yönelik farklı deneyimlerin incelenerek analiz edilmesi sonucu oluşturulmuştur. DSÖ tarafından düzenlenen çalıştaylarda uzmanlar arka planda yer alan bu materyali değerlendirerek PATH modelinde yer alan performans boyutlarını belirlemiştir (Champagne vd., 2005:5-7).

DSÖ'nün stratejik yönelimleri PATH kavramsal modelinde yer alan altı boyut tarafından kapsanmaktadır. Bu boyutlar, klinik etkililik, güvenlik, hasta merkezlilik, duyarlı yönetim, personel oryantasyonu ve verimliliklerdir. Yatay biçimde gösterilen iki boyut, güvenlik ve hasta merkezlilik, hastane performansının diğer dört boyutu ile örtüşmektedir. Örneğin; güvenlik klinik etkinlik ile (hasta güvenliği), personel oryantasyonu ile (personel güvenliği) ve duyarlı yönetimle (ortam güvenliği) ilişkilidir. Benzer biçimde hasta merkezlilik duyarlı yönetim ile (algılanan sreklielik), personel oryantasyonu ile (hasta anketlerinde kişilerarası ilişkilerle ilgili maddeler) ve klinik etkililikle (rgt içinde tedavi srekliiliği) ilgilidir (Veillard vd., 2005:489).



Şekil 28. PATH Teorik Modeli

Kaynak: DSÖ 2007:6.

Veillard vd'ne (2005) göre modelde yer alan performans boyutlarının açıklamaları şöyledir. Klinik etkililik; hastanenin, mevcut tıp bilgi birikimi doğrultusunda uygun olan klinik hizmetleri yetkin bir biçimde sunarak arzu edilen çıktıları elde etmesini ifade eder. Bu değişkenin alt değişkenleri olarak tedavi süreçlerine uyum, tedavi süreçleri çıktıları ve tedavinin uygunluğu yer alır. Verimlilik, hastanenin eldeki kaynakları en çok çıktı alacak biçimde optimal bir düzeyde kullanmasıdır. Verimliliğin alt değişkenleri hizmetlerin uygunluğu, tedavi çıktıları ile ilgili girdiler ve teknolojinin en iyi tedavi için kullanımıdır.

Personel oryantasyonu hastane personelinin gerek duyulan sağlık hizmetini sunmaya yönelik yetkinlik düzeyini, sürekli eğitim için sahip oldukları fırsatları, gelişimlerine imkan veren çalışma ortamını ve genel olarak işlerinde tatmin düzeyini ifade eder. Alt değişkenleri hizmet ortamı, bireysel gereksinimlere yönelik farkındalık, sağlığı geliştirme aktiviteleri ve güvenlik tedbirleridir. Duyarlı yönetim, hastanenin toplum

gereksinimlerine ne derecede duyarlı olduğunu, hizmet devamlılığını ve koordinasyonunu sağlamasını, yenilikçilik düzeyini ve herhangi bir ayırım yapmaksızın yurttaşlara sağlık hizmeti sunmasını ifade eder. Alt değişkenleri sistem-toplum entegrasyonu ve halk sağlığı yönelimliliğidir.

Güvenlik, hastanenin uygun yapıya sahip olması ve hastalar, sağlık çalışanları ve çevre açısından riskleri veya zararları önleyen veya en aza indiren hizmet süreçlerine sahip olmasını ifade eder. Alt değişkenleri, hasta güvenliği, personel güvenliği ve çevre güvenliğidir. Hasta merkezilik hastanenin hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerine, beklentilerine, özgürlüklerine, hastane destek sistemlerine erişimlerine, iletişimlerine, mahremiyetlerine, saygınlıklarına, hekim tercihlerine ve zamanlı hizmet isteklerine özel hassasiyet göstererek hastayı tedavi ve hizmetin merkezinde konumlandığı performans boyutudur. Alt değişkenleri müşteri yönelimlilik ve hastalara saygıdır.

PATH kapsamında performans ölçümü için iki ayrı ölçüt seti geliştirilmiştir. Bunlardan ilki 17 değişkenden oluşan çekirdek settir. Diğeri ise 24 ölçütten oluşan uyumlaştırılmış settir. Bu iki set Tablo 12 ve 13'te gösterilmektedir.

Tablo 12. PATH Çekirdek Ölçüt Seti

Klinik Etkililik ve Güvenlik	Verimlilik	Personel Oryantasyonu ve Güvenlik	Duyarlı Yönetim	Hasta Merkezilik
Ç1. Sezaryenler	Ç8. Kalış gün sayısı (6 farklı kondisyon için)	Ç10. Eğitim harcamaları	Ç15. Taburculukta emzirme eğitimi verilmesi	Ç17. Hasta beklentileri
Ç2. Koruyucu antibiyotik kullanımı	Ç9. Ameliyathane kullanımı	Ç11. İşe gelmemeler	Ç.16. Sağlık hizmetlerinde geçişler	
Ç3. Ölüm oranları (5 farklı kondisyon için)		Ç12. Aşırı uzun çalışma süreleri		
Ç4. Yeniden yatışlar (7 farklı kondisyon		Ç13. İğne yaralanmaları		

için)				
Ç5. Günübirlik cerrahi girişimler (8 farklı kondisyon için)		Ç14. Personelde sigara kullanımı		

Kaynak: DSÖ, 2007:8-9.

Tablo 13. PATH Uyumlaştırılmış Ölçüt Seti

Klinik Etkililik ve Güvenlik	Verimlilik	Personel Oryantasyonu ve Güvenlik	Duyarlı Yönetim	Hasta Merkezlilik
U1. Giriş ile enjeksiyon arasındaki süre	U8. Uygunluk Değerlendirme Protokolü skorları	U13. Zamanında ödenen ücret % si	U18. Taburculuk öncesi mali kontrol	U23. Hasta anketinde hizmete erişim skoru
U2. Strok sonrası bilgisayarlı tomografi taraması	U9. Hasta başına antibiyotik maliyeti	U14. Personel tükenmişlik anketi	U19. Taburculuk sonrası mektup gönderim % si.	U24. Hasta anketinde hizmet konforu skoru
U3. Kalp krizi sonrası aspirin ile taburcu edilme	U10. Kalış gün sayısı (Ç8.) vaka karması ayarlı	U15. Risk değerlendirilmesi yapılan iş tanımı % si.	U20. Geriatrik hastalarda Uygunluk Değerlendirme Protokolü skoru	
U4. Ölüm oranlarının (C3) daha ileri düzey risk ayarlaması	U11. Nakit akışı / borç durumu	U16. Personel devir oranı	U21. Günübirlik cerrahi işlem için bekleme süresi	
U5. Yeniden yatış ölçütlerinin (C4) daha ileri düzey risk ayarlaması	U12. Genel yönetim giderleri / hasta gün sayısı	U17. Türüne göre işle ilgili yaralanmalar	U22. Kalp krizi ve kalp yetmezliği hastalarına yaşam tarzı danışmanlığı	
U6. Strok ve kırık hastalarında baskı ülserleri				
U7. Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı				

Kaynak: DSÖ, 2007:8-9

5.3. Ulusal Hastane Performans Ölçümü Sistemleri

Purbey vd. (2007) ne göre sağlık hizmetlerine yönelik iyi bir performans ölçümü sistemi; performansı birbirleri ile ilişkili olan çok boyutlu bir bakış açısından ölçmeli, ölçütler geçerli, güvenilir kullanımı kolay olmalı, örgütün değerleri ve stratejisi ile ilişkilendirilmiş olmalı, örgütün iç ve dış çevresinde değişimlere duyarlı olmalı ve performansta gelişimin izlenebilmesine ve mukayese yapılmasına imkan vermelidir. Bu özellikleri taşıyan, her bir hastanenin kendisi için geliştirdiği performans ölçüm sistemleri olabilir. Ancak, özellikle sağlık otoriteleri ve potansiyel hizmet alıcılar açısından farklı sağlık kurumlarının birbirleri ile kıyaslanmasına imkan verecek performans ölçümleri son derece önemlidir. Standartlaştırılmış ölçüm sistemleri sağlık sistemi etkinliği hedeflerine ulaşımından, verilen hizmetlerin kıyaslanabilirliğine kadar çok sayıda fayda sağlamaktadır. Bu gereksinimler doğrultusunda pek çok ülkede hastanelerin performanslarını ölçmeye yönelik, standartlaştırılmış sağlık hizmeti performansı ölçüm sistemi geliştirmiştir. Ülkeden ülkeye farklılık göstermekle beraber, söz konusu sistemler ilgili devletlerin sağlık otoriteleri, farklı mesleki örgütlenmeler, sivil toplum kuruluşları veya benzer yapılar tarafından geliştirilmektedir. Burada bu sistemler kısaca incelenecektir.

Sağlık Kalitesi ve Araştırması Ajansı (Agency for Healthcare Research And Quality- AHRQ): ABD sağlık bakanlığına bağlı bir kuruluştur. Kuruluşun amacı Amerikalılar için sağlık hizmetlerinin kalitesini, güvenliğini ve verimliliğini arttırmaktır²⁶. AHRQ tarafından geliştirilen performans ölçüm sistemi Yatan Hasta Kalite İndikatörleri, Hasta Güvenlik İndikatörleri ve Pediatrik İndikatörlerden oluşmaktadır²⁷.

Ortak Komisyon (Joint Commission): ABD’de kurulu, kar amaçsız bir kuruluş olan Joint Commission (JC) sağlık kuruluşlarına yönelik akreditasyon hizmetleri sunar. JC akreditasyonu ve sertifikasyonu sağlık kuruluşlarının belirli performans standartlarını

²⁶ <http://www.ahrq.gov/about/budgtix.htm#background> (Erişim tarihi 02.02.2012).

²⁷ <http://www.ahrq.gov/qual/qitoolkit/qiroadmap.htm> (Erişim tarihi 02.02.2012).

karşılamadaki başarısı ve kalitesine işaret eden önemli bir unsurdur²⁸. JC, ABD’de sosyal sağlık finansmanı programları olan Medicaid (çalışma yaşında yoksullara yönelik sosyal sağlık programı) ve Medicare (65 yaş üstü için sosyal sağlık programı) programları çerçevesinde faaliyet gösteren Centers for Medicare and Medicaid Services kuruluşu ile işbirliği içinde farklı performans standartlarını uyumlaştırarak Ulusal Kalite Ölçütleri (National Quality Measures- NQM) adı verilen kalite ölçütlerini geliştirmiştir. **Ulusal Gösterge Projesi (Danimarka):** Ulusal Gösterge Projesi hastanelerin belirli sağlık sorunlarına sahip hastalara sunduğu hizmetin kalitesini ölçmeye yönelik bir çalışmadır. Proje hastalara, hasta yakınmalarına, doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına tedavi sonuçlarını kıyaslayabilecekleri, iyi işleyen bir sağlık sisteminde olması gereken standartları sağlamaktır. Hizmet kalitesi; mide ülseri, kronik kalp yetmezliği, diyabet, kalp krizi, kalça kırılması, akciğer kanseri, şizofreni, depresyon, bel ağrısı ve stroktan oluşan onbir hastalık için ölçülmektedir^{29, 30}.

Hollanda hastane performansı gösterge seti: Hollanda Sağlık Müfettişliği denetimindeki hastanelerde performans ölçümü için kullanılan bir araçtır. Sağlık sektöründe yer alan paydaşların pek çoğunun katılımı ile geliştirilen bu ölçüm sistemi hastane performansını genel hastane performansı, acil, ameliyathane ve yoğun bakım ünitesi performansı ve kondisyon/müdahale bazlı performans olarak üç boyutta ölçer (Berg vd., 2005).

Benzer ölçüm sistemleri Kanada, İskoçya, Almanya, Avustralya ve İsviçre’de bulunmaktadır. Avustralya sağlık hizmetleri standartları konseyi tarafından geliştirilen ölçüm sistemi sağlık performansını 22 boyutta 308 ölçüt ile ölçer. Almanya sağlık performans ölçümü sistemi ise zorunlu olan 17 boyutta 160 ölçüt, gönüllü olarak ise 14 boyutta 95 ölçüt kullanmaktadır. İskoçya’da kullanılan ölçüm sistemi klinik etkililiği yedi boyutta 64 ölçüt aracılığıyla ölçmektedir. İsviçre performans ölçümü sistemi hastane performansını 19 boyutta 118 ölçüt ile ölçmektedir (Groene vd., 2008).

²⁸ http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx (Erişim tarihi, 02.02.2012).

²⁹ <http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project/introduction> (Erişim tarihi, 02.02.2012).

³⁰ <http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project/indicator+sets> (Erişim tarihi, 02.02.2012).

5.4. Balanced Score Card Temelli Hastane Performans Ölçüm Sistemleri

Chow vd. (1998:268) BSC’ın sağlık hizmetlerinde kullanımına ilişkin araştırmalarında kapsamlı bir literatür taramasına rağmen BSC’ın sağlık sektörü uygulamasına ilişkin bir örneğe rastlayamadıklarını belirtmektedir. Ancak günümüzde “sağlık hizmetleri performans ölçümü”, “hastane performans ölçümü”, “sağlık performans göstergeleri” veya benzeri herhangi bir anahtar kelime ile yapılacak olan bir taramada BSC’ın sağlık hizmetlerine yönelik kullanımı hakkında çok sayıda bilimsel çalışma, yazılım uygulaması ve danışmanlık hizmeti sunumu ile karşılaşılmaktadır³¹.

Meliones (2000) Duke Childrens Hospital’da BSC’ın uygulanarak hastanenin mali durumunda kayda değer iyileşmeler sağlandığını ifade etmektedir. Bu BSC uygulamasında hastane sadece finansal performansında değil ortalama yatış süresi ve hasta tatmini gibi finansal olmayan performans boyutlarında da iyileşmeler sağlamıştır. Curtright vd (2000), Mayo Clinic’te BSC temelli bir performans ölçüm sisteminin uzun ve zahmetli geliştirilme sürecini anlatmaktadır. Kershaw ve Kershaw (2001), St. Elsewhere hastanesinde, düşük performans gösteren sorunlu bir hastane ünitesinde BSC geliştirilme sürecini aktarır.

Zelman vd. (2003) sağlık hizmetlerinde BSC kullanımına ilişkin yaptıkları araştırmada BSC’ın hastane sistemleri, hastane, üniversite birimlerinde, uzun dönem bakım kuruluşlarında, psikiyatri merkezlerinde, sigorta kuruluşlarında, ilaç şirketlerinde, ulusal sağlık hizmeti kuruluşlarında, yerel ve ulusal devlet sağlık otoritelerinde; kurumsal performans ölçümü, kamunun bilgilendirilmesi, klinik süreç geliştirme, hastane birim performansı ölçümü, hizmet kalitesi ve çıktı ölçümü, hizmet değerlendirmesi ve hastane konsorsiyumlarının performansının ölçülmesi için kullanıldığını tespit etmiştir. Bu BSC’ın sağlık hizmetleri alanında ne kadar kullanışlı olduğuna açık bir örnektir.

Stewart ve Bestor (2000); Zelman vd. (2003) ve Gurd ve Gao (2008), BSC’ın sağlık hizmetleri uygulamasının bir kısmında Kaplan ve Norton tarafından önerilen dört

³¹ 09.02.2012 tarihinde google arama motorunda “healthcare balanced scorecard” kelimesi 22 binin üzerinde sonuç verirken “hospital balanced scorecard” kelimesi 14 binin üzerinde sonuç vermektedir.

orijinal performans boyutu kullanılırken, bir kısım uygulamada performans boyutlarının hem farklı boyutlar olarak belirlendiğini hem de sayı olarak farklılaştığını belirtmektedir. Uygulamada BSC'nin boyutlarında değişiklik Kaplan ve Norton (2001) tarafından da öngörülen bir davranıştır.

Zelman vd. (2003) incelemesinde BSC'ı sağlık sektöründe kullanan kuruluşların; gelişim ve toplum odaklılık, insan kaynakları, tedavi ve hizmet kalitesi, klinik üretkenlik ve verimlilik, karşılıklı saygı ve çeşitlilik, sosyal bağlılık, dış çevre değerlendirmesi, hasta özellikleri ve çıktılar gibi performans boyutları kullandıklarını belirtmektedir. Ayrıca dört orijinal boyutu muhafaza eden uygulamalarda boyutlar sıra değiştirebilmektedir. Örneğin, Sunnybrook Health Sciences Centre tarafından uygulanan BSC; hasta bakım kalitesi, araştırma ve eğitim, sürdürülebilirlik ve hesap verebilirlik ve güvenlik raporları boyutlarından oluşmaktadır³². Benzer bir biçimde Scarborough Hospital BSC'ı; hastalarımız, çalışanlarımız, program, plan ve ortaklarımız ve performansımız adlı performans boyutlarından oluşmaktadır³³.

Gurd ve Gao (2008) BSC'nin sağlık sektörü kullanımına ilişkin yaptıkları araştırmada BSC'nin farklı kuruluş türlerinde ve farklı departmanlarda farklı amaçlar için kullanıldığını belirtmektedir. Hastane sistemleri, hastaneler, psikiyatri merkezleri, hastane birimleri bu uygulama alanlarından birkaçıdır. Hastanelerde BSC kullanımına ilişkin 7 örnek veren Gurd ve Gao, bu uygulamalarda performans ölçümü için dört veya beş performans boyutundan oluşan ve 13 ile 37 arasında performans ölçütü barındıran BSC tespit etmiştir. Benzer şekilde Sunnybrook Health Sciences Center da 30 performans ölçütü barındıran bir BSC'a sahiptir. Scarborough Hospital ise BSC kapsamında 18 performans göstergesini takip etmektedir, ancak hastanenin kalite geliştirme planı, hastane hizmetleri hesap verebilirlik sözleşmesi ve kamuya açıklanan hasta güvenlik göstergeleri, hastane performans ölçümü sistemine 50 ölçüt daha eklemekte, dolayısıyla her ne kadar BSC boyutları altında yer alan sadece 18 ölçüt olsa da, performans ölçümü kapsamında 68 ölçüt takip edilmektedir.

³² <http://sunnybrook.ca/scorecard/index.asp#sr> (Erişim tarihi, 02.02.2012).

³³ <http://tsh.to/img/TSH%20Scorecard%20-%20Corporate%20-%202011%2012%20Q2a.pdf> (Erişim tarihi, 02.02.2012).

Literatürde, farklı hastanelerin kurumsal web sayfalarında ve yönetim danışmanlık hizmeti veren kuruluşların web sayfalarında çok sayıda hastane BSC uygulaması bulmak mümkündür. Bu uygulamalar genel olarak belirli bir hastanenin gereksinimleri doğrultusunda şekillendiği için, birbirleri ile benzeşmekle beraber her bir uygulamada birtakım özel unsurlara sahiptir. Dolayısıyla farklı BSC uygulamalarından çok sayıda performans boyutu ve performans ölçütü bulmak mümkün olmaktadır. Burada örnek teşkil etmesi açısından Chen vd.'nin (2006) Çin ve Japonya'da bulunan iki hastanede kurumsal performans ölçümüne yönelik geliştirdiği balanced scorecard verilmektedir. Çalışma temel performans boyutları olarak BSC için öngörülen dört genel boyutla yetinmiş, örgüt veya iş bağlamında gerekli gördüğü farklı performans boyutları geliştirmemiştir. Önerilen performans ölçümü sisteminin performans boyutları ve performans ölçütleri Tablo 14'te gösterilmektedir.

Tablo 14. Hastaneler İçin Önerilen BSC Performans Boyut ve Ölçütleri

Performans Boyutu	Performans Ölçütü	Ölçütün Tanımı
Finansal	Toplam kar marjı	$\frac{\text{Toplam faaliyet geliri} - \text{Toplam faaliyet gideri}}{\text{Toplam faaliyet geliri}}$
	Varlık devir hızı	$\frac{\text{Toplam gelir}}{\text{Aktifler toplamı}}$
	Vaka başı maliyet değişimi	$\frac{\text{Çart yıl hasta başı maliyet} - \text{bir önceki yıl hasta başı maliyet}}{\text{Çart yıl hasta başı maliyet}}$
	Toplam hasta gelirinin yüzdesi olarak personel gideri	$\frac{\text{Toplam personel gideri}}{\text{Hastalardan elde edilen gelir}}$
	Toplam hasta gelirinin yüzdesi olarak malzeme gideri	$\frac{\text{Malzeme ve sarf malzemesi gideri}}{\text{Hastalardan elde edilen gelir}}$
İç süreçler	Çalışan memnuniyeti	$\frac{\text{Anketlerde memnuniyet belirten çalışan sayısı}}{\text{Anket uygulanan çalışan sayısı}}$
	Çalışan devir hızı	$\frac{\text{Yıl içinde işinden ayrılan personel sayısı}}{\text{Toplam personel sayısı}}$

	Yatış süresi	$\frac{\text{Toplam yatış gün sayısı}}{\text{Taburcu edilme sayısı}}$
	Doluluk	$\frac{\text{Ortalama günlük hasta sayısı}}{\text{Toplam yatak sayısı}}$
	Doktor başına ayakta tedavi	$\frac{\text{Yıllık toplam ayakta tedavi sayısı}}{\text{Doktor sayısı}}$
	Doktor başına acil servis hastası	$\frac{\text{Yıllık toplam acil servis tedavi sayısı}}{\text{Doktor sayısı}}$
	Doktor başına yatan hasta sayısı	$\frac{\text{Yıllık toplam yatan hasta sayısı}}{\text{Doktor sayısı}}$
	Ölüm	$\frac{\text{Ölüm toplamı}}{\text{Yıllık toplam yatan hasta sayısı}}$
	Dava ile sonuçlanan tıbbi kaza/hata	$\frac{\text{Dava ile sonuçlanan kaza, tıbbi hata sayısı}}{\text{Yıllık toplam yatan hasta sayısı}}$
Müşteri	Hasta memnuniyeti	$\frac{\text{Anketlerde memnuniyet belirten hasta sayısı}}{\text{Anket uygulanan hasta sayısı}}$
	Poliklinik bekleme süresi	<i>Hastanın poliklinik muayenesi için başvurması ile poliklinik odasında muayene edilmesi arasında geçen süre</i>
Gelişme ve Öğrenme	Tıbbi araştırmaya ayrılan pay	$\frac{\text{Tıbbi araştırma gideri}}{\text{Toplam faaliyet geliri}}$
	Tabip başına akademik çalışma	$\frac{\text{İngilizce olarak yayınlanan makale sayısı}}{\text{Tıbbi personel sayısı}}$
	Ayakta tedavi aktivitesi	$\frac{\text{Net ayakta tedavi geliri}}{\text{Hastalardan elde edilen gelir}}$

Kaynak: Chen vd (2006:345).

Benzer bir biçimde Groene vd (2009), akut bakım hizmeti sunan hastanelere yönelik gerçekleştirdikleri Balanced Scorecard çalışmasında 20 stratejik amaç belirleyerek bunlara yönelik ölçütler geliştirmiştir. Hastane performansını finans, tüketici, süreç ve yenilik boyutlarında ele alan çalışma; finansal boyuta ilişkin dört, tüketici boyutuna ilişkin üç, süreç boyutuna ilişkin yedi ve yenilik boyutuna ilişkin altı ölçüt önermektedir. Bu ölçütler spesifik, hastane süreç ve çıktılarına dayalı ölçütler içerdiği gibi muallak ve fazlasıyla soyut ölçütler de içermektedir. Chen vd (2006) ve Groene vd.

(2009) hastanelerde yönelik Balanced Scorecard temelli ölçütlerde net, hastane süreç ve sonuçlarına dayalı ölçütlerden, hastane stratejik hedefleri ile alakalı olmasına karşın süreç ve sonuçlardan fazlasıyla soyutlanmış ölçütler açısından iyi birer örnek teşkil etmektedir.

Dünya çapında hastane performansını, hastane örgütünün ve süreçlerinin karmaşıklığını ve çeşitliliğini yansıtan biçimde ölçmeye yönelik ölçütler içeren performans ölçüm sistemleri bulunmasına rağmen ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kullanılan performans ölçüm sistemi bu konuda yetersiz görünmektedir. Mevcut performans ölçüm sistemi fazlaca basit ve yalın bir biçimde, performanslı hizmet kalite standartları olarak adlandırılan yapısal standartlar, memnuniyet ölçümleri, tek bir finansal ölçüt ve hastane performansı ile fazlaca alakası olmayan veri girişlerindeki doğruluk üzerinden ölçmektedir. Burada elde edilen performans puanının ise performansa dayalı ücret sistemine girdi olarak kullanılması, ülkemizde kullanılan performans ölçüm sisteminin, kurumsal performansı ölçmek ve geliştirmek amacıyla geliştirilmediğine işaret edilmelidir.

Hastane verimliliğini ve etkinliğini geliştirmeye yönelik bir performans yönetim sistemi için, hastane performansını, sağlık hizmetleri üretim ve sunumunun çok boyutluluğunu, karmaşıklığını ve çok adımlı süreçlerden oluşumunu yansıtan bir performans ölçüm sistemi gerekmektedir. Ülke koşulları doğrultusunda farklılıklar gösterebilmekle beraber, böyle bir sistemin genel boyut ve bileşenlerinin dünya genelinde aşağı yukarı aynı olacağı kestirilebilir. Bu doğrultuda farklı ülkelerde bulunan uygulamalardan hareketle, ülkemizdeki hastanelerde kullanılmak üzere, performansı çok boyutlu bir olgu olarak kavramlaştıran ve ölçen bir performans sisteminin geliştirilmesi mümkün görünmektedir.

Üçüncü Bölüm

İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçütlerinin Belirlenmesi

1. Problemin Tanımı

Sağlık hizmetleri üretimi ve sunumunun kurumsal çerçevesi olarak tanımlanabilecek sağlık sistemi, sağlık hizmetleri piyasasının yapısı ve özellikleri ve sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pek çok özellik, sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden farklı kılmaktadır. Bu farklılıklar ise hizmeti sunumunu üstlenen kurumların da geleneksel işletme örgütlerinden farklı olmasını beraberinde getirir. Bu farklılık ister özel girişim nitelikli, kar amaçlı kuruluşlar olsun, ister kamu kurumları olsun, bu sağlık kurumlarının performans değerlendirmesi açısından da diğer işletmelerden farklı olmasını kaçınılmaz hale getirir. Sağlık hizmetleri talebinin yapısının kendine has özellikler, söz konusu piyasada devletin yoğun biçimde gerçekleştirdiği düzenlemeler ve sağlık hizmetlerini farklılaştıran diğer özellikler sağlık kurumlarının performansının işletmelerden farklı bir biçimde ele alınmasını gerektirmektedir.

İşletme performansı da çok boyutlu bir kavram olmasına karşın, özellikle ticari işletmelerde üretilen katma değer ile bu katma değerın üretilmesi için katlanılan maliyet arasındaki fark temel ve nihai performans olgusu olarak karşımıza çıkarken, sağlık kurumlarında performansın katma değer olarak tanımlanması, sağlıkta değer ölçümünün güçlüğünden dolayı doğru bir yaklaşım olmamaktadır. Sağlık hizmeti finansmanı ve düzenlenmesinde devlet ve diğer üçüncü tarafların yoğun biçimde üstlendikleri roller sağlık hizmeti arz ve talebini klasik bir ekonomik işlemin ötesine taşımaktadır.

Sağlık sisteminde devletin sahip olduğu rol sağlık kurumlarına birtakım görevler yüklemektedir. Bu ise sağlık kurumlarına ilişkin performans tanımını karmaşıktırmakta ve çok boyutlu bir hale getirmektedir. İşletme performansındaki çok boyutluluk birbirleri ile ilgili, birbirlerini destekleyen boyutlar doğrultusunda

gerçekleşirken, sağlık kurumlarında performans birbirleri ile çelişebilen faktörlerin farklı öncelik ve değerler doğrultusunda dengelenmesini içermektedir.

Ancak, daha önce de değinildiği üzere, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmakta olan performans ölçümü sistemi gerçek anlamda hastanelerin kurumsal performansına ilişkin, çok boyutlu ve kapsamlı performans verisi sağlamamaktadır. Bu konuda var olan bu önemli eksiklik hastanelerin sağlık hizmeti üretim ve sunumundaki verimlilik ve etkinliklerini, hastaneler arasında sağlıklı kıyaslama yapmaya izin verecek ve performansın geliştirilmesine yönelik hedef belirleme ve izlemeye imkân verecek bir biçimde gerçekleştirmemektedir. Araştırma kapsamında ortaya konulması amaçlanan performans ölçütleri böyle bir performans ölçüm sisteminin hayata geçirilebilmesi için gerekli temel bileşenleri sağlayacaktır.

Mevcut çalışmanın temel sorusu sağlık kurumlarında performansın çok boyutluluğunu yansıtan ve birbirleri ile çelişebilen bu performans boyutlarına rağmen örgütün bir bütün olarak performansını yansıtabilen performans ölçütlerinin neler olduğudur.

2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, ikinci basamak kamu sağlık kurumlarında (devlet hastanelerinde) kurumsal performansın çok boyutlu ve farklı paydaş gereksinimlerini kapsayacak ve yansıtacak bir biçimde ölçülmesi için kullanılabilecek kurumsal performans ölçütlerinin (göstergelerinin) tespit edilmesidir.

3. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde 2010 yılı itibarı ile mevcut olan 1439 hastanenin 843'ü Sağlık Bakanlığına bağlı kamu sağlık kurumudur. Ülkemizde kurulu mevcut 200 bin civarı hastane yatak kapasitesinin ise 120 bini Sağlık Bakanlığı hastanelerindedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık hizmeti üretim ve sunumunda Sağlık Bakanlığına bağlı kamu sağlık kurumlarının rolü belirgin bir biçimde ortaya çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011b: 55-56).

Ancak, mevcut durumda bu sağlık kurumlarının etkinlik ve verimliliklerini veya kurumsal performanslarını etkili bir biçimde ölçecek, bu kurumların performans düzeyleri arasında kıyaslama yapmada kullanılabilecek ve kurumsal performans

iyileştirmesi için önemli ve gerekli olan noktaları ortaya koymaya yarayacak bir performans ölçüm sistemi bulunmamaktadır. Böyle bir performans ölçüm sistemi sağlık hizmeti üretim ve sunum sürecinin karmaşıklığının yanı sıra hastane örgütlerinin çok boyutlarını yansıtacak biçimde olmalıdır. Bu ise çok boyutlu bir performans ölçüm sistemini gerektirmektedir. Mevcut çalışmanın önemi böyle bir sistem için gerekli olan çok boyutlu performans ölçütlerini belirlemeye yönelik olmasıdır.

Sağlıkta dönüşüm programında sağlık hizmetleri sunan kurumlara yönelik bir performans ölçüm ve yönetim sisteminin geliştirilmesinin amaçlanması da mevcut araştırmanın önemini desteklemektedir. Sağlıkta dönüşüm programı sağlık sistemi bileşenlerine ilişkin performans ölçütlerinin gerekliliğini ve oluşturacak ölçütler neticesinde kurgulanacak performans ölçümü ve yönetimi sisteminin sistem ögeleri arasında uyum ve koordinasyon için gerekliliğine değinmektedir. Sağlık sisteminde yer alan bileşenlerden biri de ikinci basamak kamu sağlık kurumları olduğu için bunlara yönelik performans ölçütlerine de ihtiyaç duyulmaktadır.

4. Araştırmanın Sınırları

Sağlık kurumları bağlamında performans ölçümü çok farklı boyutlarda gerçekleştirilebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde yapısal, süreç ve sonuç performans ölçütleri sağlık çalışanı, birim ve örgüt bazında ölçümler için geliştirilebileceği gibi, hastalık ve tedavi bazında da gerçekleştirilebilmektedir. Ayrıca daha önce de değinildiği gibi sağlık hizmetleri etkinliği ülke bazında, sağlık sistemi ölçütleri aracılığıyla da ölçülebilmektedir. Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan yöneticilerin kurumsal performansı ölçmeye yönelik ölçütlere ilişkin görüşleri ve değerlendirmeleri ile sınırlıdır.

Bireysel ve bölüm performansı ölçümüne yönelik sistemler incelemeye konu olan sağlık kurumlarında, özellikle performansa dayalı ödeme sistemi kapsamında mevcuttur. Bu tür performans ölçümü özellikle insan kaynakları yönetiminin konusunu oluşturmakta ve ayrı bir inceleme sahası teşkil etmektedir. Sağlık sistemi performansına ilişkin ölçüm ve ölçütler ise daha makro düzeyli bir inceleme sahası teşkil etmektedir.

Mevcut araştırmanın ikinci basamak sağlık kurumları ile sınırlandırılmasının temel nedeni birinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ve hizmet sunumlarının

gerçekleştirildiği ortamların farklılığından kaynaklanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok aile hekimliği boyutunda faaliyet gösteren, tek hekim ve çok az sayıda (bir veya iki) sağlık çalışanının oluşturduğu yapılar tarafından gerçekleştirilen bireysel sağlık hizmeti sunumu veya daha büyük örgütler tarafından gerçekleştirilen halk sağlığı ve önleyici sağlık hizmetleri sunumu şeklinde gerçekleştirilmektedir. Bu tür bağlamlarda örgüt büyüklüğü kurumsal performans kavramı için yeterli büyüklüğe ulaşmamakta veya sunulan hizmetin özelliği kurumsal performans kavramı doğrultusunda farklı performans boyutlarını içermeyecek yalınlıkta olmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık kurumlarının kurumsal performans boyutları ise temelde ikinci basamak ile benzeşmekle beraber bu kurumların üstlendiği eğitim ve araştırma işlevleri ikinci basamaktan ayrışmalarına neden olmaktadır. Ayrıca üçüncü basamak kurumların uzmanlık düzeyini gerektiren hastalıklar veya hastalık şiddetleri özellikle yapısal ve sonuç ölçütleri açısından ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının bir arada değerlendirmelerinde, kurum türleri arasında farklı avantaj (üçüncü basamak sağlık kurumlarının sahip olduğu teknolojik altyapı ve uzmanlık derecesi) ve dezavantajlar (üçüncü basamak kurumlarda ölüm oranları, tedavi başarı düzeyi, komplikasyon riski vb.) neden olmaktadır.

Özel hastanelerin araştırma kapsamına alınmamasının nedeni ise, özel hastaneler ile devlet hastaneleri arasındaki finansman modeli farklılığından kaynaklanmaktadır. Örneğin özel hastaneler hastalardan belirli miktarda katılım payı alarak hizmet ücretlerini devlet hastanelerinden daha yüksek düzeylerde tutabilirken, devlet hastaneleri yatırım ve personel giderlerinin kamu kesimi tarafından sağlanmasından dolayı farklı avantajlara sahip olmaktadır. Ayrıca özel hastanelerin hesap verebilirlik bağlamında sorumlu olduğu paydaş grupları ile devlet hastanelerinin paydaş grupları arasındaki farklılık da kurumların performans tanım ve bileşenlerini birbirlerinden farklılaştırmaktadır.

Araştırma katılımcıları devlet hastanelerinde yönetim kademelerinde yer alan çalışanlarla sınırlandırılmaktadır. Bu bağlamda; başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı, başhemşire, başhemşire yardımcısı ve kalite koordinatörü kadrolarında yer alan uzmanlar araştırma kapsamında yer almaktadır. Buna ilişkin istisna ise görüşlerine başvuru Sağlık Bakanlığı Müfettişleridir. Müfettişlerin

araştırma kapsamına alınmasının nedeni ise müfettişlerin ve bağlı oldukları Denetim Hizmetleri Başkanlığının bakanlık teşkilatı ve bağlı kuruluşların (kamu hastaneleri gibi) performans denetimini yapmakla görevlendirilmiş olmasıdır³⁴.

5. Araştırma Yöntemi

Araştırma ikincil bilgi kaynaklarından elde edilen performans ölçütlerinin, uzmanlar tarafından, hastane performansının ölçümünde, hastanelerin performanslarının anlamlı bir şekilde kıyaslanmasında ve hastane performansının geliştirilmesi için iyileştirme yapılması gereken noktaları yöneticilere işaret etmede uygunluğu açısından değerlendirilmesi yoluyla, ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci basamak hastanelere yönelik performans ölçütlerinin tespit edilmesi üzerine kurgulanmaktadır. Bu doğrultuda, araştırma iki aşamadan oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci aşamasında, ikincil kaynaklar aracılığıyla farklı ülkelerde ve sağlık sistemlerinde kullanılan ve sağlık kurumlarının performansını ölçmede kullanılan ölçüm modelleri incelenmektedir. Bu inceleme kapsamında yer alan performans ölçüm sistemlerinde yer alan ölçütler; sınıflandırılarak, her bir performans ölçütü türünde yer alan ölçütler arasından kurumsal performansı ölçmeye yönelik olan ölçütler ayrıştırılacaktır.

Araştırmanın birinci aşamasında yukarıda yer alan performans ölçüm sistemlerinin bir kısmı incelenerek bu sistemlerde yer alan örgüt düzeyi performans ölçütleri ayrıştırılmakta, bu ölçütler için kullanılan hesaplama tekniği ve ölçüm sistemlerinde yer alma gerekçeleri tespit edilmektedir. Bu aşamada yönetim tecrübesi olan, iki başhekim ve iki başhekim yardımcısından danışmanlık desteği alınmaktadır. Farklı ölçüm sistemlerinde yer alan birbirleri ile ilgili, benzer ve aynı olan ölçütler farklı isimler altında veya farklı hesaplama teknikleri ile birlikte kullanılabilmektedir. Bu tür durumların tespit edilebilmesi ve anlaşılabilmesi ise ileri düzeyde uzmanlık bilgisi gerektirebilmektedir. Bu aşamada danışmanlık desteği sunan ve farklı tıbbi alanlarda uzmanlık eğitimi de almış bu dört danışman hekimin önemli katkıları olmuştur.

³⁴ <http://www.denetim.saglik.gov.tr/gorevlerimiz.html> (Erişim Tarihi, 02.04.2012)

Ortaya çıkan ölçütler tekrarlama, benzerlik ve ikinci basamak kamu sağlık kurumları bağlamında anlamlılık doğrultusunda elenerek başlangıç ölçüt listesi elde edilmiştir. Burada elde edilen bilgi araştırmanın ikinci aşamasında kullanılacak veri toplama aracını şekillendirmektedir.

Delphi grup tekniği uygulamasında, araştırmanın ilk aşamasında belirlenen performans ölçütleri konu uzmanlarından oluşan uzman grubu tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirmeyi gerçekleştiren uzman grup, hastane yönetim ekiplerinde yer alan; başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdürü ve hastane müdür yardımcıları, başhemşire ve başhemşire yardımcıları ve kalite koordinatörlerinin yanı sıra sağlık bakanlığı müfettişlerinden oluşmaktadır. Uzmanlar grubu araştırmanın amacı doğrultusunda ülkemizde ikinci basamak sağlık kurumlarında performans ölçütlerinin, uygulanabilirliğini; hastane performansının ölçümündeki önemi, hastaneler arasında anlamlı kıyaslamalar için kullanışlılığı ve hastane performansını geliştirmeye yönelik iyileştirme yapılması gereken noktaları belirlemedeki yararlılığı açısından önem düzeyini belirleyecektir. Ayrıca, Delphi uygulamasının birinci turunda uzmanlara gerekli gördükleri, ancak listede yer almayan performans ölçütlerini önermeleri imkanı da verilmektedir. Delphi turları ile uzmanların üzerinde yüksek düzeyde uzlaştıkları 20-40 arasında kurumsal performans ölçütü tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

5.1. Delphi Tekniği

Delphi tekniği genel olarak bir problem durumuna ilişkin uzman görüşlerinin sistematik bir biçimde elde edilmesine yarayan bir tekniktir (Şahin, 2001). Geleceğe ilişkin tahmin, araştırma bulgularının geçerliliğinin tespit edilmesi, herhangi bir olgu açısından önemli bileşenlerin tespit edilmesi gibi çok faklı araştırmalar için kullanılabilir (Skulmoski vd., 2007). Teknik, adını antik Helen’de Korint Körfezi’nin kuzey kıyısına yakın Delphi kentinden almaktadır. O çağlarda kentte bulunan ve Apollon tapınağında, Apollon ile doğrudan iletişim kurarak geleceğe ilişkin kehanetlerde bulunduğu inanılan kahinler (oracle) şehrin önemli bir merkez olmasını sağlamıştır.

Delphi tekniği ABD’de 1950’li yıllarda RAND Corporation tarafından, Sovyetler Birliği ile girişilecek muhtemel savaş senaryolarını değerlendirmek için geliştirilmiş bir yöntemdir. Bu çalışmalar sırasında uzmanlardan oluşan bir ekibin üzerinde uzlaştığı bir

görüşün tekil bireysel görüşlerden daha doğru olacağı varsayımı tekniğin geliştirilmesindeki temel etmen olmuştur (Aydın, 1999).

Delphi tekniği belirli bir konuda yargı ve görüşleri ortaya çıkarmaya yönelik olarak, özenle geliştirilmiş, uygulama aşamaları arasında bir önceki aşamanın bulgularına ilişkin geribildirimde bulunan seri anketlerle gerçekleştirilen bir araştırma tekniğidir (Wiersma ve Jurs, 2009: 314).

Delphi uygulamaları yaygın olarak iki veya daha fazla turda uygulanır. İkinci ve daha sonraki turlarda katılımcılara bir önceki turda ortaya çık görüş ve eğilimler iletilerek görüş ve pozisyonlarını değiştirme imkanı verilir. Delphi tekniği uygulamalarının nihai amacının araştırılan konuda uzmanlar arasında konsensüs sağlanması olduğu ifade edilebilir (Keeney vd., 2011:3).

5.1.1. Delphi tekniğinin gelişimi

RAND Corporation tarafından farklı sorun ve senaryoların çözümüne yönelik olarak geliştirilen teknik 1960'lı yıllardan itibaren Santa Monica, California'daki RAND "think tank" tarafından geleceğe ilişkin öngörülerde bulunmak için yoğun bir biçimde kullanılmıştır (Cuhls, 2009:94 ve Keeney vd., 2011:2). Teknikle geleceğe ilişkin çok sayıda öngöründe bulunulmuş, farklı uzmanların öngörülerinde uzlaşma sağlayan tekniğin ise zaman içerisinde önemli ve doğru öngörüler sağlamada başarılı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu teknik aracılığıyla öngörülen ve gerçekleşen çok sayıda gelişme yaşanmıştır. Bu gelişmelere örnek olarak, deniz suyunun ekonomik biçimde saflaştırılması, çok hafif materyallerin geliştirilmesi, otomatikleştirilmiş tercüme teknolojisi, organ nakilleri, daha doğru ve hassas meteoroloji tahminleri, yayılmış veri tabanları, yapay organlar, x-ışını lazerleri, sentetik proteinler ve kalıtsal bozuklukların kontrol edilmesi verilmektedir. Teknik tarafından öngörülen ancak gerçekleşmeyen gelişmeler de bulunmaktadır. Bunlara örnek olarak kontrol edilebilir termonükleer enerji, hava durumunun kontrol edilmesi, Mars'a insan indirilmesi ve 2000 yılında dünya nüfusunun 6 milyardan az olması gerilmektedir (Gordon, 2003).

RAND tarafından, özellikle soğuk savaş döneminin başlarında, ABD hükümeti destekli olarak yürütülen çok sayıda araştırma mevcuttur. Söz konusu şirketin yürüttüğü pek çok araştırmadan birisi birkaç araştırmacının at yarışı uzmanlarının görüşlerinin nasıl

birleştirilebileceğine yönelik yaptıkları incelemelerdir. Gazetelerin spor sayfalarında yayınlanan bu öngörülerin bir biçimde birleştirilebilmesi sonucunda tekil bir uzmanın öngörüsünden daha sağlıklı bir kolektif öngörünün at yarışı sonuçlarını daha doğru bir biçimde tahmin edeceği varsayımı araştırmacılara yön vermiştir. Farklı uzmanların paylaşılan öngörülerin gerçek dünyada daha doğru sonuçlar verdiğini ortaya koyan bu araştırma Delphi tekniği olarak adlandırılan araştırma tekniğinin başlangıç noktasını oluşturmuştur (Gordon, 2003).

Başlangıçta RAND tarafından devlet destekli araştırmalarda kullanılan teknik ilk defa 1964 yılında özel sektör tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Bunu takiben teknik Japonya’da birtakım araştırmalarda kullanılmaya başlanarak uluslararası bir boyut kazanmaya başlamıştır. Tekniğin gelişiminde de bu tarihten itibaren Japon araştırmacılar önemli roller üstlenmiştir. Tekniğin Avrupa’ya aktarımı 1970’li ve 80’li yıllarda gerçekleşmiş, Avrupa’daki uygulamalarda ise farklı tekniklerle bir arada kullanımına başlanmıştır (Cuhls, 2009:96).

Delphi tekniğinin farklı bilimsel sahalarda araştırmalarda kullanımı 1970 yılından itibaren ivme kazanmıştır. Landata (2006) Delphi tekniğinin sosyal bilimler alanında yazılan doktora tezlerinde kullanımını incelemektedir. ProQuest tez veri tabanını kullanarak yaptığı araştırmada 1970-74 yılları arasında sosyal bilimler alanında Delphi tekniğini kullanan 44 tez bulmuştur. Tekniği kullanan tez sayısı 1975-79 arasında 99, 1980-84 arasında 298’e yükselmiştir. 1985’ten 2004 yılına kadar geçen sürede beş yıllık dilimler halinde incelendiğinde tekniği kullanan tez sayısı her dilimde 300 civarındadır. Tekniği kullanan tezler söz konusu dönemde yazılan tezlerin %0.15’lik bir dilimini oluşturmaktadır.

5.1.2. Delphi tekniğinin özellikleri

Bir araştırma metodu olarak Delphi tekniğine dayalı uygulamalarda dört temel özellik aranır. Bu özellikler anonimite, yineleme, kontrollü geribildirim ve grupça verilen cevapların istatistiksel olarak birleştirilmesidir. (Rowe ve Wright, 1999).

Delphi tekniğinin başlıca özellikleri Faucher vd. (2008:4803) ve Faucher (2010: 105-106) tarafından şu şekilde özetlenmektedir;

- *Uzmanlara dayalı bir süreçtir*; katılımcılar araştırılan konu hakkında bilgi ve deneyim sahibidir.
- *Aktif bir biçimde yönetilen bir süreçtir*; süreci yürüten araştırmacı(lar) katılımcıların seçimi, onlarla iletişim kurma, görüşlerini alma, görüşleri analiz etme, geribildirim sağlama ve nihai araştırma raporunu yazma görevlerini üstlenir ve yerine getirir.
- *Anonim bir süreçtir*; katılımcıların verdiği cevaplar anonimleştirilir, bazı uygulama türlerinde katılımcılar birbirlerini tanısa bile aşamalar arasında yapılan geribildirimler anonimdir.
- *Dolaylı etkileşim sağlayan bir süreçtir*; Katılımcılar arasında doğrudan etkileşim gerçekleşmez. Katılımcılar arasındaki etkileşim araştırmacı tarafından sağlanır.
- *Yinelemeli bir süreçtir*; Katılımcılara araştırılan konu ile ilgili soruların tekrar sorulduğu bir süreçtir. Yinelemeler arasında sorular geliştirilebilir ve yinelemelerde katılımcılardan diğer katılımcıların cevaplarına ilişkin geri bildirim doğrultusunda cevaplarını gözden geçirmeleri istenir.
- *Kontrollü geribildirim içeren bir süreçtir*; Katılımcılar tarafından ifade edilen görüşler araştırmacı tarafından toplanıp, analiz edilip, standardize edilmiş anketler aracılığıyla katılımcılar arasında paylaşılır. Bu sadece ilgili bilginin etkileşim sürecine dahil edilmesinin yanı sıra katılımcıların yüz yüze etkileşimi esnasında ortaya çıkabilecek birtakım psikolojik etkilerin önlenmesini sağlar.
- *Farklı görüşleri bir araya getirci bir süreçtir*; Katılımcılar tarafından ortaya koyulan görüşlerin tümü dikkate alınır ve araştırmaya dahil edilir.
- *Genel olarak asenkron bir süreçtir*; Her ne kadar istisna uygulama yöntemleri olsa da, genel itibari ile katılımcıların aynı zaman ve mekanda bulunmalarını gerektirmeden etkileşim sağlayan bir süreçtir.

Grup içi görüş birliği veya konsensüse dayalı, komiteler gibi diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında Delphi tekniğinin birtakım üstünlükleri dikkat çekmektedir. Doğrudan etkileşime dayalı grup tekniklerinde baskın kişiliklerin hakimiyeti, kişilik özelliklerinin yanlılık etkileri ve katılımcılar arasında kıdem farkından kaynaklanabilecek asimetrikler katılımcıların görüşlerini ve pozisyonlarını tam olarak yansıtmaya engel olabilmektedir. Delphi tekniğinde ise katılımcı anonimliği ve dolaylı

etkileşim katılımcıların görüş ve pozisyonlarını daha özgür bir biçimde ortaya koymalarına imkan verir. Bu açıdan Delphi tekniği katılımcıların egemen görüşün etkisi altında kalmasını azaltarak objektiviteyi artırabilmektedir (Powell, 2003).

Delphi tekniği anket yöntemi ile birtakım benzerliklere sahip olmakla birlikte uygun sorunlara uygulandığında birtakım üstünlüklere sahiptir. Tablo 15 Delphi tekniği ile geleneksel anket yönteminin özelliklerini karşılaştırmalı olarak sıralamaktadır.

Tablo 15. Anket Yöntemi ve Delphi Tekniğinin Karşılaştırması

Özellik	Geleneksel Anket Tekniği	Delphi Tekniği
Örneklemin temsil gücü	İstatistiksel örneklem teknikleri kullanılarak incelenen ana kütleyi temsil yeteneği olan bir örneklem seçilir.	Delphi tekniği ile araştırılan konular genel popülasyon veya genel popülasyondan dikkatlice seçilen bir kesitin bilgi ve uzmanlık alanında yer almayabilir. Delphi tekniği bu tür zor konuların araştırılmasına yönelik olarak uzmanlardan oluşan bir panel üzerinde uygulanır.
Örneklem büyüklüğü	Amaç elde edilen sonuçların büyük bir ana kütleye genelleştirilmesi olduğu için örneklem büyüklüğü ana kütleye olabilecek anlamlı farklılıkları yansıtacak biçimde olmalıdır. Uygun örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için istatistiksel analizler gereklidir.	Delphi grubu büyüklüğü istatistiksel güce bağlı değildir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde uzmanlar arasında uzlaş sağlanabilmesi için gerekli grup dinamikleri daha önemlidir. Tipik Delphi uygulamalarında 10-18 uzmandan oluşan bir örneklem büyüklüğü önerilir.
Bireysel ve grup görüşleri	Araştırmacı bireysel cevapların ortalamasını alarak örneklemin ortalama cevabını belirler ve bunu ana kütleye genelleştirir.	Uzman görüşü gerektiren konularda bireylerin cevaplarının ortalaması grup karar sürecinin ortaya koyduğu ortalamaya göre daha zayıftır. Delphi tekniği bireylerin grup olarak konsensüs sağladığı noktayı belirler.
Güvenilirlik ve cevap revizyonu	Anketlerin değerlendirilmesinde çok önemli bir husus maddelerin güvenilirliğinin belirlenmesidir. Bu yaygın bir biçimde test tekrar-test yöntemi ile sağlanır	Ön-test Delphi tekniği için de önemli bir güvenilirlik sağlamasıdır. Ancak, test tekrar-test geçerliliği bu teknik için geçerli değildir. Araştırmacılar katılımcıların verdikleri cevapları revize etmesini bekler.
Geçerlilik	Geçerlilik anketlerin dikkatlice hazırlanması ve ön testler aracılığıyla sağlanır	Anketlerde olduğu biçime ek olarak Delhi tekniğinde araştırmacı uzmanlara araştırmacının çıkarımlarını ve değişken sınıflandırmalarını değerlendirerek geçerliliği arttırabilir. Delphi tekniğinde katılımcıların

		araştırmacı açısından anonim olmayışı, anketlerin aksine, geçerliliği arttıran bu adıma izin verir.
Anonimite	Katılımcılar birbirleri ve araştırmacı için çoğu durumda anonimdir.	Delphi tekniğinin yaygın uygulamalarında katılımcılar birbirleri için anonim, ancak araştırmacı için ise hiçbir zaman anonim değildir. Bu araştırmacıya ek bilgi veya açıklama edinmek için katılımcıya tekrar ulaşma imkanı verir.
Cevap alamama sorunları	Araştırmacılar cevap alamama ihtimalini de göz önünde bulundurarak bu cevap alamamanın örneklem evreni temsil yeteneğini etkilememesini sağlamalıdır.	Delphi araştırmalarında cevap alamama oranı genellikle çok düşüktür. Katılımcıların çoğu ile araştırmacı için katılıma ilişkin anlaşma sağlanması araştırmanın başında gerçekleştirilmekte, ayrıca araştırmacının katılımcılara erişerek katılımı artırma imkanı sağlamaktadır.
Yıpranma etkisi	Tek aşamalı anketlerde yıpranma etkisi söz konusu değildir. Çok aşamalı veya tekrarlamalı anketlerde araştırmacılar yıpranma etkisini inceleyerek söz konusu etkinin sistemik olmadığından emin olmalıdır.	Cevap vermeme de olduğu gibi yıpranma etkisi de Delphi araştırmalarında genelde düşüktür. Yıpranma etkisinin gözlemlenmesi durumunda ise araştırmacı ayrılan katılımcılarla görüşerek ayrılma nedenlerini ortaya çıkarabilir.
Veri zenginliği	Veri zenginliği soruların biçim ve derinliğine bağlıdır. Mülakat gibi tekniklerle daha derin incelemeler yapılarak veri zenginliği artırılabilir. Ancak araştırmacının katılımcıları takip etmesinin zor olduğu durumlarda derinleştirme mümkün olmamaktadır.	Geleneksel anketlerde ortaya çıkan veri zenginliği hususlarına ek olarak, Delphi uygulamaları genel olarak daha zengin veri sağlar. Bunun nedeni yinelemeler ve katılımcıların kontrollü geri bildirim doğrultusunda cevap değiştirebilmesidir. Ayrıca Delphi katılımcıları araştırma derinliğini artırma amaçlı görüşmelere daha ılımlı olmaktadır.

Kaynak: Okoli ve Pawlowski, 2004: 19-20.

5.1.3. Delphi tekniği uygulama aşamaları

Yousuf (2007) Delphi sürecini altı aşamalı bir süreç olarak tasvir eder. Delphi araştırmalarının ilk aşaması fikir birliği aranan uzmanların belirlenmesidir. Araştırma hali hazırda üyeleri belirli olan bir grup üzerinde uygulanmayacak, katılımcılar

seçilecek ise, katılımcıların araştırılan konu ile ilgili farklı grup ve görüşleri yansıtacak bir biçimde seçilmesine dikkat edilmelidir.

Katılımcı seçiminin ardından araştırılan konuya ilişkin tüm katılımcıların görüşlerini ve pozisyonlarını ortaya çıkarmaya yönelik açık uçlu anket uygulanır. Bu anketten elde edilen sonuçlar üzerinde içerik analizi gerçekleştirilerek daha sonraki aşamada uygulanacak kapalı uçlu sorulardan oluşan anket formu hazırlanır. İkinci aşama anketini oluşturacak kapalı uçlu sorulardan oluşan, daha önceden belirlenmiş bir ölçek veya araç varsa bu adım atlanabilir. Araştırmanın ikinci turunda, birinci tur sonucunda oluşturulan kapalı uçlu sorulardan oluşan maddelerin puanlanması veya sıralanması işlemi gerçekleştirilir. İkinci tur anket sonuçları analiz edilerek elde edilen sonuçlar üçüncü tur anket formuna aktarılır. Üçüncü tur anket formunda her bir maddeye ilişkin olarak grup görüşü ve katılımcının belirtmiş olduğu görüş yer alır. Katılımcıya, arzu etmesi durumunda değerlendirmesini gözden geçirmesine imkan sağlanır. Üçüncü tur sonunda istenilen uzlaşma seviyesine ulaşılamamış ise sonuçlar dördüncü tur anket formuna aktararak uygulama tekrarlanır. Dördüncü tur anket sonuçları hesaplanarak grup konsensüsüne ilişkin nihai rapor olarak sunulur.

5.1.3.1. Katılımcı seçimi ve sayısı

Delphi tekniği uzman görüşleri ve bu görüşlere ilişkin uzlaşmaya dayalı bir teknik olduğu için tekniğin en önemli aşamalarından birisi doğru uzmanların seçimidir. Delphi katılımcıları araştırılan konuya ilişkin bilgi ve uzmanlık sahibi bireyler arasından seçilmelidir. Katılımcılar araştırılan konu hakkında görüşlerini bildirmeye istekli olmalı, görüş ve tercihlerini araştırma aracında öngörülen yöntem doğrultusunda ifade etme yetkinliğine sahip olmalıdır (Day ve Bobeva, 2005).

Bazı araştırmalarda katılımcılar aday gösterilme süreciyle seçilebilir. Bu yöntemde araştırılan konuya ilişkin uzmanlar belirlenerek araştırmaya katılmaya, ayrıca araştırılan konuda uzman olduğuna inanılan potansiyel katılımcılar önermeye davet edilmektedir (Streveler, vd., 2003). En genel biçimde değerlendirildiğinde uzman, araştırılan konu ile ilgili bilgi birikimi ve deneyime sahip birey olarak değerlendirilmektedir (Hsu ve Sanford, 2007; Thangaratinam ve Redman, 2005).

Eğer araştırılan konuda çok sayıda uzman varsa araştırmacı bu uzmanların seçimine ilişkin kriterler geliştirmelidir. Katılımcı seçiminde öncelikli olarak karar verilmesi gereken husus katılımcıların olasılığa dayalı bir yöntemle mi yoksa olasılığa değil belirli bir amaca yönelik bir biçimde mi seçileceğidir. Seçim tekniği ağırlıklı olarak araştırılan konuya göre şekillenecektir. Araştırılan konunun kapsamı daraldıkça katılımcıların sahip olması gereken uzmanlık düzeyi ve bilgi derinliği artacak ve amaçlı örneklem daha faydalı bir teknik olabilecektir (Day ve Bobeva, 2005).

Katılımcıların seçiminde hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, Delphi araştırmasının başarısının katılımcıların bir bütün olarak uzmanlık derecesine bağlı olduğu unutulmamalıdır. Başarılı bir Delphi çalışması için seçilen katılımcıların araştırılan konuya ilişkin uzmanlığının yanı sıra çalışmaya katılan uzmanların konuya ilişkin farklı görüş ve yaklaşımları yansıtır biçimde seçilmesi de önem taşımaktadır. Farklı özelliklerde uzmanlardan oluşan heterojen grupların daha kaliteli ve daha kabul edilebilir sonuçlar ürettiği gözlemlenmektedir. Katılımcı grubunun heterojenliği ise araştırılan konu doğrultusunda şekillenmektedir. Örgütlere ilişkin araştırmalarda heterojenlik farklı hiyerarşik basamakların veya fonksiyonel uzmanlık alanlarının yansıtılması ile sağlanabilmektedir (Powell, 2003).

Katılımcı seçiminin diğer bir önemli bileşeni ise katılımcı sayısının belirlenmesidir. Katılımcı sayısı araştırılan konuya ilişkin ne kadar farklı görüş olduğunun yanı sıra katılımcı grubunun homojen veya heterojen olmasına bağlı olarak belirlenecektir. Katılımcı grubunun heterojenliğinin arttırılması katılımcı sayılarının da arttırılması anlamına gelmektedir. Ayrıca, katılımcı sayısının arttırılması grup hatasını azaltarak uzlaşıya varılan noktaların niteliklerini geliştirmektedir. Katılımcı sayısı aynı zamanda araştırmanın geçerliğini ve güvenilirliğini arttıran bir unsurdur (Murry ve Hammons, 1995; Skulmoski vd., 2007). Delphi tekniğinin uygulanmasında katılım sayısına ilişkin belirli, genel geçer bir kural bulunmamakta, temsil yeteneği güçlü bir örneklem seçilmek kaydıyla katılımcı sayısına bir üst sınır getirilmemektedir (Keeney vd., 2011:52). Ancak, katılımcı sayısının 10'un altında olması önerilememektedir. Özellikle homojen gruplarda 10-15 uzmandan oluşan panellerin yeterli olduğu düşünülmektedir (Hsu ve Sanford, 2007). Ayrıca, homojen gruplarda katılımcı sayısının 25'in üzerinde olmasının sonuçlar üzerinde kayda değer bir iyileşme sağlamadığı belirtilmektedir

(Murry ve Hammons, 1995). Tekniğin uygulanmasında farklı örneklem büyüklükleri “ideal” örneklem boyutu olarak önerilebilmektedir. Bazı araştırmacılar 10 katılımcıdan oluşan bir uzman panelinin yeterli olduğunu ifade ederken, 10-50 katılımcı panelleri, hatta temsil gücünün güvence altına alınması için 300-500 katılımcılı uzman panelleri önermektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik Delphi tekniği araştırmalarında 4 ile 3000 arasında katılımcıdan oluşan uzman panellerinin yer aldığı gözlemlenmektedir (Keeney, vd. 2011:53). Delphi tekniğini kullanan lisansüstü tez çalışmalarında ise 8 ile 345 arasında katılımcıdan oluşan uzman panelleri ile karşılaşılmaktadır (Skulmoski vd., 2007).

5.1.3.3. Veri toplama yöntemi ve aracı

Delphi tekniğinin geleneksel uygulama biçiminde birinci tur genellikle açık uçlu sorulardan oluşan bir anket formu aracılığıyla yürütülür. Birinci turda katılımcılardan araştırılan konuya ilişkin açık uçlu sorular aracılığıyla olabildiğince fazla ve farklı görüş elde edilmeye çalışılır. Birinci tur uygulamasında elde edilen görüşler içerik analizi ve benzeri nitel analiz teknikleriyle incelenerek gerekli birleştirmeler ve sadeleştirmeler yapılarak ileri aşamalarda üzerinde konsensüs sağlanması amaçlanan hususlar kapalı uçlu anket soruları haline getirilir. İkinci ve daha sonraki turlarda kullanılan yapılandırılmış, kapalı uçlu anketler aracılığıyla elde edilen nicel veriler ise sıralama veya derecelendirmeler biçiminde olmaktadır. Bu verilerin analizinde ise merkezi eğilim ve dağılıma ilişkin istatistiksel analiz yöntemleri kullanılabilir (Powell, 2003).

Kapalı uçlu sorulardan oluşan ikinci tur veri toplama aracının geliştirilmesine yönelik olarak, açık uçlu sorulardan oluşan anket uygulamasına alternatif yöntemler de bulunmaktadır. Araştırılan konuya ilişkin literatür taraması yoluyla elde edilen bulgulardan yararlanılarak kapalı uçlu soruların oluşturulması bu yöntemlerden birisidir. Diğer alternatif yöntemler ise odak grupları ve uzman panelleri ile yürütülen beyin fırtınası çalışmalarıdır (Skulmoski vd., 2007). Farklı yöntemler aracılığıyla elde edilen kapalı uçlu sorulardan oluşan anketlerin katılımcılara uygulanmasında ise, katılımcıların bu sorulara ilişkin değerlendirmelerinin kaydedilmesi gerekmektedir.

Delphi tekniği uygulamalarında katılımcı görüşlerinin kaydedilmesine yönelik farklı yöntemler kullanılmakla beraber çalışmaların çoğunda sıralama (ranking) veya

puanlama (rating) yöntemleri kullanılmaktadır. Sıralama sunulan maddelerin belirli kriterler doğrultusunda 1'den N'e sıralanmasını içerirken puanlama, maddelere belirli kriterler doğrultusunda dereceleme yapılmasını içerir. Sıralama uygulamalarında her bir madde için verilebilecek belirli bir sıra bulunurken puanlamada birden fazla madde aynı puan ile değerlendirilebilmektedir. Puanlama yapılan Delphi araştırmalarında Likert tarzı doğrusal sayısal ölçeklerin yaygın bir biçimde kullanım bulduğu görülmektedir. Diğer bir puanlama yöntemi ise belirli bir skalada serbest puanlama yapılmasıdır. Bu yöntemde değişkenlere belirli kriter doğrultusunda 0 veya 1 den başlayarak, belirli bir üst sınıra kadar bir puan tayin edilmesi istenmektedir (Thangaratinam ve Redman, 2005; Hasson vd., 2000).

5.1.3.2. Veri analizi ve konsensüs düzeyi

Delphi tekniği uygulamalarında önceden belirlenmesi gereken en önemli unsurlardan birisi de konsensüs kavramının tanımlanması ve uygulanacak konsensüs ölçütünün belirlenmesidir. Delphi tekniğinde yinelemeler istenilen konsensüs düzeyine ulaşınca ya veya cevaplar durağanlaşıncaya kadar devam edeceği için konsensüs düzeyi uygulanacak tur sayısında da etkindir. Konsensüs bireysel değerlendirmelerin belirli bir medyan etrafında, en az varyasyon içeren biçimde yoğunlaşması olarak ifade edilmektedir. Ancak literatür konsensüs kavramına ilişkin genel geçer bir yöntem veya değer önermemektedir (Murry ve Hammons, 1995; Powell, 2003). Çoğu Delphi uygulamasında konsensüs keyfi ve post-hoc olarak belirlenmektedir (Bowles, 1999; Hsu ve Sanford, 2007).

Delphi tekniğinde en yaygın kullanılan konsensüs ölçütü frekans veya daha önce belirlenmiş bir değerlendirmede bulunan katılımcı yüzdesidir (Keeney vd., 2011: 86-87). Farklı araştırmalarda farklı frekans düzeyleri konsensüs ölçütü olarak alınmaktadır. Literatürde katılımcıların %51'inin (1/2), %67'sinin (2/3) veya %75'inin (3/4) belirli bir değerlendirmede bulunmalarının konsensüs ölçütü olarak kullanıldığı görülmektedir. Bazı araştırmalar ise turlar arasında standart sapmada azalmayı konsensüs ölçütü olarak ele almaktadır (Hsu ve Sanford, 2007). Konsensüse ilişkin yaygın biçimde kullanım bulan diğer bir ölçüt ise çeyreklik dilimler arasında sapmadır. Çeyreklik dilimler arasında sapma %75'lik (son çeyrek) dilim ile %25'lik (ilk çeyrek) dilimler arasındaki farkın mutlak değeridir. Çeyreklik dilimler arasındaki sapmanın

küçük olması uzlaşi düzeyinin yüksek olması anlamına gelmektedir (Rayens ve Hahn, 2000). İlk çeyrek cevapların %25'ini soluna, %75'ini ise sağına alan noktadır. Son çeyrek ise cevapların %25'ini sağına %75'ini ise soluna alan noktadır. Bu iki çeyreklik dilim arasındaki fark ise verilen cevapların %50'sinin bulunduğu aralığın genişliğini ifade eder. Bu aralığın küçük olması uzlaşının yüksek olduğunu, büyük olması ise uzlaşının düşük olduğunu gösterir (Şahin, 2001).

Delphi uygulaması ile elde edilen verinin analizinde kullanılan temel istatistiksel teknikler merkezi eğilim (ortalama, medyan ve mod) ölçümleri ile dağılım düzeyi (standart sapma ve çeyreklik dilimler arası fark) ölçütleridir. Bu ölçütleri katılımcıların kolektif değerlendirmeleri ve bu değerlendirmelerde uzlaşılarını gösterir. (Hsu ve Sanford, 2007).

Geleneksel Delphi tekniği uygulamaları genellikle üç turda gerçekleştirilir. Ancak, farklı araştırmalarda tek turdan beş tura kadar çeşitli tekrarlar yapılmıştır (Skulmoski vd., 2007, Hsu ve Sanford, 2007, Şahin 2001).

5.1.4. Delphi tekniği türleri

Delphi tekniği ortaya çıkışından günümüze evrim geçirerek birtakım farklı türevleri ortaya çıkmıştır. Farklı Delphi türleri uygulama biçimleri ve uygulama amaçları doğrultusunda adlandırılabilir. Farklı Delphi teknikleri şu şekilde özetlenebilir (Keeney vd., 2011:7);

- *Klasik Delphi*; Fikir üretilmesini ve farklı görüşlerin ortaya çıkmasını sağlamak için açık uçlu bir ilk tur kullanır. Üç veya daha fazla sayıda, posta aracılığıyla iletilen anket turları içerir. Katılımcılar arasında araştırma konusuna ilişkin konsensüs amaçlar. Günümüzde e-posta kullanımı yaygınlaşmıştır.
- *Modifiye edilmiş Delphi*; Modifikasyonlar çoğu durumda ilk turun yüz-yüze mülakat, odak grup, literatür taraması veya farklı tekniklerle değiştirilmesini içerir. Ayrıca uygulama turu sayısı da üçten az olabilir.
- *Karar Delphisi*; Klasik Delphi ile aynı süreçleri içerir ancak amacı konsensüsten ziyade karara ulaşmaktır.

- *Politika Delphisi*; Belirli konuda geleceğe ilişkin politika tayin etmeye yönelik olarak uzman görüşlerini bir araya getirir.
- *Gerçek zamanlı Delphi*; Klasik Delphi 'ye benzer bir süreç içermektedir, ancak katılımcılar aynı odada, yüz yüze etkileşim içindedir. Konsensüs posta yoluyla değil yüz yüze gerçekleştirilen etkileşimler sonucu oluşturulur.
- *e-Delphi*; Klasik Delphi'nin e-posta veya web sayfası üzerinden yayınlanan anket yoluyla gerçekleştirilen türevidir.
- *Teknolojik Delphi*; Gerçek zamanlı Delphi ile benzeşen, ancak katılımcıların görüş bildirmesi için elektronik oylama cihazları gibi teknolojiler kullanarak ortalama/medyan gibi hesaplamaları gerçek zamanlı olarak yaparak anlık geri bildirim sağlayan bir türevidir. Bu tür uygulamalarda katılımcılara cevaplarını değiştirme imkanı sunularak çok hızlı bir biçimde uzlaş sağlanabilir.
- *Çevrimiçi Delphi*; Klasik Delphi ile aynı süreçleri çevrimiçi anketler aracılığıyla gerçekleştirir.
- *Tartışma Delphisi*; Politika Delphisinin bir türevi olarak ilgili ve kanıta dayalı argümanların ortaya konulmasına imkan sağlayan bir tekniktir. Amacı konsensüs değildir.
- *Parçalayıcı Delphi*; Konsensüs amaçlamayan, farklı gelecek senaryolarını tartışmaya ve ortaya koymaya yönelik bir tekniktir. Kümeleme analizi kullanır.

5.2. Modifiye Edilmiş Delphi Tekniği

Delphi tekniği ile yürütülen araştırmalarda tekniğin geleneksel uygulama biçiminden farklılaştırılarak uygulandığı da görülmektedir. Bu modifikasyonlar katılımcı seçimi, uygulamada yer alan tur sayısı, ankette yer alacak maddelerin belirlenmesinde kullanılan teknik ve katılımcılarla etkileşim biçimi doğrultusunda olabilmektedir.

Örneğin, Skulmoski vd., (2007), 1, 2 veya 3 turdan oluşan, 3 ila 171 arasında katılımcı ile gerçekleştirilen, hatta tur düzeyinde katılımcılarda farklılık gösteren Delphi araştırmalarını örnek göstermektedir.

Hsu ve Sanford (2007) Delphi uygulamalarının birinci turunda literatür taraması ile oluşturulan yapılandırılmış anket kullanımının yaygın ve kabul gören bir modifikasyon olduğunu ifade etmektedir. Skulmoski vd., (2007) ye göre ise en önemli ve yaygın

modifikasyonlardan biri etkileşim yöntemi doğrultusunda gerçekleşmektedir. Geleneksel olarak kağıt üzerinde yürütülen bir yöntem olan Delphi, teknolojik gelişmeler paralelinde e-posta ve web sayfaları aracılığıyla da uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Hatta teknoloji olanakları bazı Delphi çalışmalarının tek turda tamamlanmasına dahi izin vermektedir. Modifiye edilmiş Delphi tekniğinin belirgin özellikleri; araştırılan sahadaki uzmanların belirlenmesine, literatür taramasına dayalı olarak geliştirilen sorular aracılığıyla görüşlerinin alınmasına ve uzlaşma arayışına, uzmanlar ile yapılandırılmış sorulara dayalı mülakatlar yapılmasına imkan sağlamasıdır (Swayne vd., 2006; 78).

Mevcut araştırmada modifiye edilmiş Delphi tekniğinden yararlanılmaktadır. Yöntemdeki temel modifikasyon birinci tur Delphi uygulaması için gerekli olan ölçütlerin uzmanlar aracılığıyla yürütülen, açık uçlu sorulara dayalı mülakatlardan elde edilen bulgulardan tematik veya içerik analizi yoluyla değil, ikincil kaynaklar üzerinden yürütülen araştırma sonucunda tespit edilerek hazırlanmasıdır. İkinci modifikasyon ise araştırmanın iki turlu bir Delphi uygulaması biçiminde gerçekleştirilmiş olmasıdır.

5.3. Delphi Tekniğinin Sağlık Hizmetlerinde Ölçüt ve Ölçüm Çalışmalarında Kullanımı

Delphi tekniğini kullanan çok sayıda sağlık hizmetleri araştırması bulunmaktadır. Keeney vd. (2011) Delphi tekniğinin sağlık hizmetleri araştırmalarında kullanımına ilişkin çok sayıda örnek sunmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin ölçüt ve ölçüm geliştirmeye yönelik bazı Delphi çalışmaları da özellikle dikkat çekmektedir.

Sağlık hizmetlerine yönelik ölçüt geliştirme çalışmalarında Delphi tekniğinin kullanımı kapsam yönünden çok farklı çalışmalarda gözlemlenmektedir. Örneğin Hübner-Bloder ve Ammenwerth (2009) Delphi tekniğini hastane bilgi sistemlerine ilişkin temel performans göstergelerini belirlemeye yönelik olarak kullanmıştır.

Delphi tekniği aracılığıyla sağlık hizmetlerine yönelik performans ölçütlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar farklı boyut ve kapsamlarda karşımıza çıkmaktadır. Teknik hastalıklara yönelik ölçütlerin geliştirilmesinin yanı sıra farklı hizmet

basamakları ve hizmet sunum ortamlarına yönelik ölçütlerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Normand vd. (1998) Delphi tekniği kullanarak dört farklı paydaş grubunun üzerinde uzlaştığı, kalp-damar hastalıklarına yönelik performans ölçütleri tayin etmiştir. To vd. (2010) ise Delphi tekniğini astım hastalığına yönelik performans ölçütlerinin belirlenmesine yönelik olarak kullanmıştır. Sun vd. (2011) Delphi tekniği aracılığıyla Çin'e yönelik akut myokard enfarktüs bakımına ilişkin ölçütler geliştirmiştir. Hermann vd. (2004) ise tekniği akıl ve ruh sağlığı hizmetleri ölçütleri geliştirmeye yönelik olarak kullanmıştır.

Campbell vd. (2002) ve Campbell vd. (2003) birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ölçütlerinin geliştirilmesinde kullanılan araştırma tekniklerini inceledikleri çalışmalarında, Delphi tekniğinin farklı sağlık araştırmalarında kullanıldığını belirtmektedir. Örnek olarak Delphi tekniğinin; yönetsel göstergeler, klinik bakım göstergeleri, kronik hastalıklara yönelik hekim ve hasta görüşlerine ilişkin göstergeler, kalp damar hastalıklarının tedavi etkinliğine ilişkin göstergeler ve hekim yetiştirme programlarının etkinliğine ilişkin göstergelerin geliştirilmesinde kullanıldığını belirtmektedir.

Barnsley vd. (2005) Delphi tekniği aracılığıyla aile hekimliğine yönelik performans ölçütlerini tayin etmeye yönelik çalışmalarında 131 ölçüt arasından yüksek düzeyde konsensüs sağlanan 51 ölçüt belirlemiştir. Bu çalışmada ölçütler 12 uzmandan oluşan bir panel tarafından 9 puanlık bir ölçeğe değerlendirilmiştir.

Beattie ve Jones (2004) acil sağlık hizmetlerine ilişkin performans ölçütleri geliştirdikleri çalışmalarında Delphi tekniğini kullanmıştır. Söz konusu çalışma 33 uzmandan oluşan bir panel üzerinde üç turda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, önerilen 224 ölçütten 36'sı istenilen konsensüs düzeyine ulaşmıştır. Schull vd. (2011) ise, acil sağlık hizmetlerine ilişkin performans ölçütlerini belirledikleri araştırmalarında literatür taraması ile elde ettikleri 170 performans ölçütünü Delphi tekniği uygulayarak uzmanlara değerlendirtmiştir. İki turluk uygulama sonucunda uzmanların üzerinde yüksek düzeyde uzlaştığı 48 ölçüt belirlenerek bunlar acil sağlık hizmetleri performans ölçütleri olarak önerilmiştir. Lindsay vd. (2002) benzer bir yaklaşım kullanarak literatür

taraması sonucu elde ettiği 56 performans ölçütünü 20 uzmandan oluşan bir panel Delphi tekniği aracılığı ile değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda 29 ölçüt acil sağlık hizmetleri performans ölçütleri olarak önerilmiştir.

Rabbani vd. (2010) Pakistan'da bir üçüncü basamak sağlık kurumuna yönelik performans ölçüm ve yönetimi sistemi tasarımına yönelik olarak modifiye edilmiş Delphi tekniğini uygulamıştır. Araştırmada literatür taraması ile elde edilen 50 ölçüt uzman panel tarafından değerlendirilerek söz konusu sistemde kullanılması önerilen 20 performans ölçütü tayin edilmiştir. Grimes ve Moseley (1976) literatürden çıkardıkları 30 performans ölçütünü Delphi tekniği aracılığıyla uzmanlara değerlendirterek üzerinde uzlaşa sağlanan 19 ölçütten oluşan "Hastane Performans Endeksi" olarak adlandırdıkları performans ölçüm sistemini geliştirmiştir. Asch vd. (2011) Delphi tekniği aracılığıyla hapisane ortamlarında sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin performans ölçütleri geliştirmiştir. Literatürden derlenen 111 performans ölçütünün 9 uzman tarafından değerlendirildiği araştırma sonucunda, üzerinde uzlaşa sağlanan 79 ölçüt bu tür sağlık hizmeti sunum ortamlarına yönelik performans ölçüm sistemlerinde kullanılabilecek ölçütler olarak önerilmektedir.

Boulkedid vd. (2011) üç elektronik veri tabanını inceleyerek 1978-2009 yılları arasında yayınlanan ve Delphi tekniği aracılığıyla sağlık hizmetleri ölçütleri geliştiren veya seçen makaleleri belirlemiştir. İncelenen 1148 makalenin 80'i Delphi tekniği ile ölçüt seçimi yapan makaleler olarak belirlenmiştir. İncelenen araştırmaların 35'i sonuç, 24'ü yapı, 41'i süreç, 2'si ise diğer tür ölçütleri içermektedir. Araştırmada yer alan performans ölçütlerinin seçimine ilişkin bilgi içeren 77 makalenin 48'inde yer alan ölçütler literatür taraması, 20'sinde yer alan ölçütler uygulama kılavuzları, 17'sinde yer alan ölçütler odak grup çalışması, 11'inde yer alan ölçütler ise başka bir ülkede geliştirilmiş ölçütlerden oluşmuştur. Birinci tur uygulamada yer alan ölçüt sayısı 11 ile 767 arasında medyanı ise 59 ölçüttür. Araştırmaların 51'i bir, 17'si iki, 3'ü ise üç seçim kriteri kullanmıştır. Ayrıca, söz konusu araştırmacıların katılımcı sayıları 3 ile 418 arasında değişmekte olup katılımcı sayısının medyan değeri 17, ilk çeyrek değeri 11, son çeyrek değeri ise 31'dir. Bu, 418 gibi yüksek sayıda katılımcılı çalışmaların istisna olduğunu açıkça göstermektedir. İncelenen araştırmalardan 29'u geleneksel Delphi tekniğini kullanırken 49'u modifiye edilmiş Delphi tekniği kullanmış, iki araştırmanın

yöntemi ise belirtilmemiştir. Geleneksel Delphi uygulamaları iki ile dört tur (medyan 3, ilk çeyrek 2, son çeyrek 3) arasında uygulama aşaması ile gerçekleştirilmiştir. Modifiye edilmiş Delphi tekniği kullanan araştırmalar ise bir ile altı turda (medyan 2, ilk çeyrek değeri 2, son çeyrek değeri 3) gerçekleştirilmiştir.

Boulkedid vd. (2011) araştırmasında dikkat çeken diğer bir husus ise Delphi tekniğinin kullanılış biçimidir. İncelenen çalışmaların 47'si tekniği ölçütlerin değerlendirilmesi ve açık uçlu sorularla uygularken, 22'si sadece ölçütlerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Tekniği açık uçlu soruların değerlendirilmesinde, ölçütlerin sıralanmasında veya diğer amaçlara yönelik olarak kullanan çalışma sayısı ise sadece 7'dir. Dolayısıyla Delphi tekniğinin performans ölçütlerinin belirli kriterler doğrultusunda uzmanlar tarafından değerlendirilmesi amaçlı olarak kullanımının tekniğin sağlık hizmetlerine yönelik ölçüt araştırmalarında en yaygın kullanım alanı olduğu ifade edilebilir.

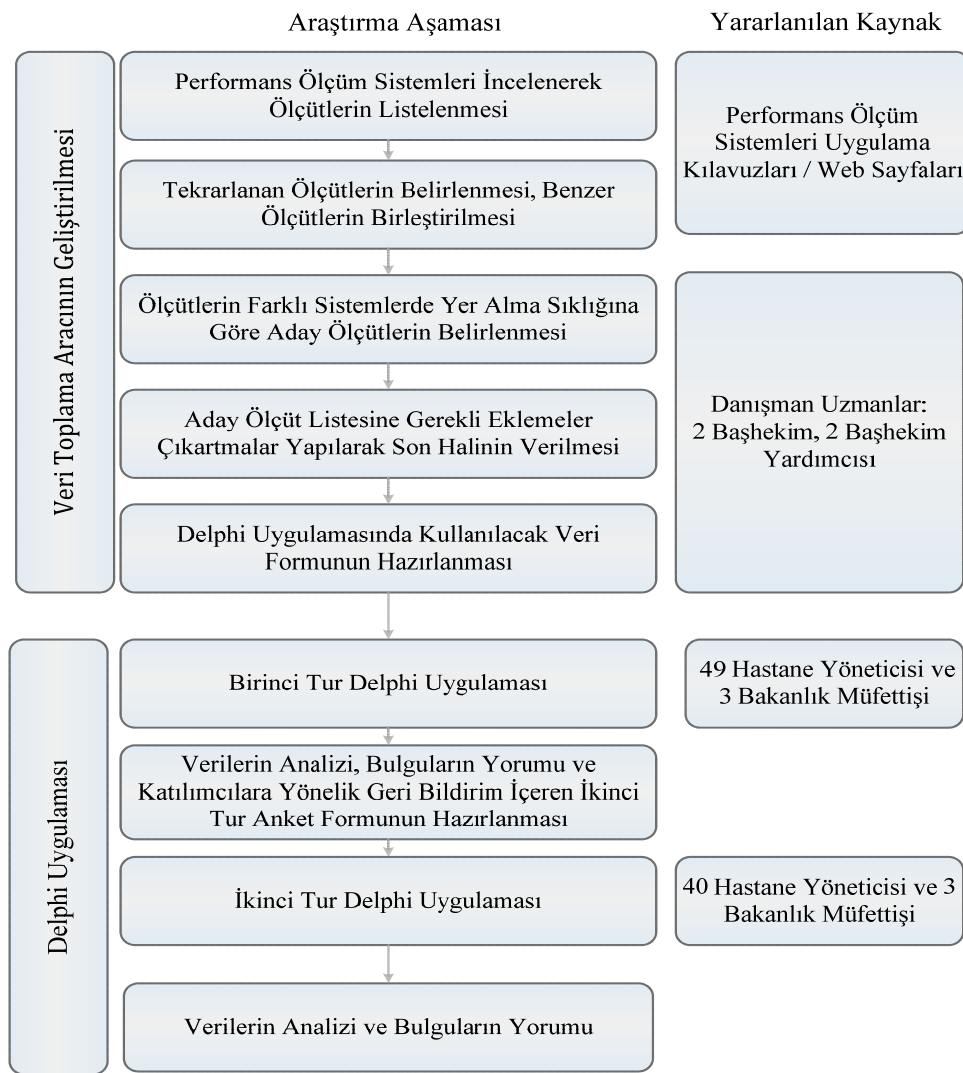
Burnam (2005) Delphi tekniğinin performans ölçütleri seçimine yönelik bir teknik olarak kullanımını sorgulamaktadır. Birinci tur ifadelerin literatür taraması sonucu ortaya konulduğu Delphi uygulamalarının genel olarak sağlık hizmeti sonuçlarına yönelik ölçütlerin belirlenmesinde uygun bir yöntem olduğu sonucuna varılmaktadır. Ayrıca ölçüt seçiminde sağlık hizmeti sunucusu ve hizmet satın alıcının önceliklerinin (semptomların giderilmesi ve maliyet) yanı sıra hasta ve yakınlarının önceliklerinin de (işlev ve yaşam kalitesi) göz önünde bulundurulması gerektiği ifade edilmektedir. Gibberd (2005) Delphi tekniğinin, özellikle Avustralya'da, sağlık hizmeti ölçütleri geliştirilmesinde kullanımına değinerek tekniğin yaygın ve kabul gören bir kullanım alanına sahip olduğunu belirtmektedir. Birinci tur soruların açık uçlu anketler, odak grupları ve diğer grup teknikleri aracılığıyla oluşturulduğu uygulamalara rağmen literatür ve uygulama kılavuzları temelli birinci tur anketlerin daha yaygın olduğu belirtilmektedir.

6. Araştırmanın Yürütülmesi

Araştırma iki temel aşamadan oluşmaktadır. Araştırmanın birinci aşaması farklı performans ölçüm sistemlerinden yola çıkarak ikinci basamak sağlık kuruluşları için kullanımı muhtemel performans ölçütlerinin belirlenerek bunlara dayalı olarak Delphi

uygulamasında kullanılacak olan veri toplama aracının oluşturulmasıdır. Araştırmanın ikinci aşması ise Delphi yöntemi kullanılarak belirlenen bu performans ölçütlerinin konu hakkında deneyim ve bilgiye sahip hastane yöneticileri tarafından değerlendirilmesi sonucu ülkemizde ikinci basamak kamu sağlık kurumlarında kullanılabilecek kurumsal performans ölçütlerinin belirlenmesidir.

Şekil 29 araştırma modelini ve aşamalarını göstermektedir. Şeklin sol tarafında her bir araştırma aşamasında yapılacak işler aşamalar halinde belirtilmektedir. Sağ tarafta ise her bir aşamada yararlanılacak kaynaklar yer almaktadır.



Şekil 29. Araştırma Modeli

6.1. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi

Veri toplama aracının geliştirilmesi için incelenecek hastane performansını ölçmeye yönelik ölçüm sistemleri açısından Groene vd. (2008) ve Copnell vd. (2009) tarafından incelenen performans ölçüm sistemleri referans alınmaktadır. Groene vd. (2009) tarafından incelenen hastane performansı ölçümü sistemleri; DSÖ PATH, Avustralya Sağlık Hizmetleri Konseyi ölçümleri, Almanya Bundesauswertungen ölçütleri, İskoçya Ulusal Sağlık Sistemi Kalite Geliştirme Projesi ölçütleri, ABD Sağlık Kurumları Akreditasyonu Komisyonu (Joint Commission) ölçütleri, Kanada Ontario Hastane Birliği ölçütü, ABD Kalite Göstergeleri Projesi ölçütleri, Danimarka Ulusal Gösterge Projesi ölçütleri, Hollanda Hastanelerinde Performans Raporlama Projesi ölçütleri ve İsviçre Verein Sonuç 2000 ölçütlerinden oluşmaktadır.

Copnell vd. (2009) tarafından incelenen sistemler, Groene vd. tarafından incelenen sistemlerin bir kısmı ile örtüşmektedir. Copnell vd. (2009) de yer alan performans ölçüm sistemleri; ABD’den, Sağlık Hizmetleri Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) ölçütleri, Ulusal Kalite Forumu (NQF) ölçütleri, Sağlık Kurumları Akreditasyonu Komisyonu (Joint Commission) ölçütleri, Medicaid ve Medicare (ABD’de ulusal ve eyalet düzeyinde yürütülen sosyal sağlık sistemleri) Hizmetleri Merkezleri (CMMS) ölçütleri, Leapfrog Hastane Kalite ve Güvenliği Anketi ölçütleri, Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Merkezi (CDC) ölçütlerini kapsamaktadır. Aynı çalışma; Kanada Sağlık Performansı Enstitüsü (CIH) ölçütlerini, Birleşik Krallık Sağlık Hizmetleri Komisyonu Sağlık Çıktıları Geliştirme Ulusal Merkezi (NCHOD) ölçütlerini, Avrupa Komisyonu’nun Avrupa’da Hastalar için Güvenliğin Geliştirilmesi (SIMPATIE) ölçütlerini, Danimarka Ulusal Gösterge Projesi (NIP) ölçütleri ve İyi Tıp Bölümü ölçütlerini, Hollanda Hastanelerinde Performans Raporlama Projesi ölçütlerini, Avustralya’dan Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü (AIHW) ulusal sağlık sektörü performansı raporu ölçütleri ve gözetlenen olaylar ölçütlerini, Avustralya Sağlık Hizmetleri Standartları Konseyi (ACHS) ölçütlerini, Queensland Sağlık Hastane Kalite Ölçümü Raporu ölçütlerini, New South Wales Tedavi Danışma Grubu İlaç Güvenliği ölçütlerini, Avustralya Akıl Sağlığı Hizmetleri Temel Performans Göstergeleri ölçütlerini, Victoria İnsani Hizmetler Birimi Doğum Hizmetleri Göstergeleri ölçütlerini, Uluslararası düzeyde ise, Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi (IQIP) ölçütlerini, DSÖ PATH (Hastanelerde Kalite Geliştirme için

Performans Değerleme Aracı) ölçütlerini ve OECD sağlık sistemi göstergelerini kapsamaktadır.

Yukarıda adı geçen performans ölçüm sistemlerinin bir kısmı hastane genelinde performans ölçümüne yönelik ölçütlerden oluşurken bir kısmı daha üst düzeyde sağlık sistemi performansını ölçmeye yönelik ölçütlerden oluşmaktadır. Ayrıca, ölçüt sistemlerinin bir kısmı ise hastane alt birimi düzeyinde performans ölçütlerinden oluşmaktadır. Bazı ölçüm sistemleri ise genel ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik ölçütlerden ziyade branş sağlık hizmetlerine yönelik ölçütleri içermektedir. Ayrıca bu ölçüm sistemlerinin bazılarına ilişkin bilgiye erişilememektedir.

Bu doğrultuda, OECD sağlık sistemi göstergeleri, New South Wales Tedavi Danışma Grubu İlaç Güvenliği ölçütleri, Avustralya Akıl Sağlığı Hizmetleri Temel Performans Göstergeleri ölçütleri, Victoria İnsani Hizmetler Birimi Doğum Hizmetleri Göstergeleri ölçütleri, Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü ulusal sağlık sektörü performansı raporu ölçütleri ve gözetlenen olaylar ölçütleri ve Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Merkezi ölçütleri kapsam ve boyut olarak genel ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik kurumsal performans ölçütleri olmadıkları için araştırma dışında tutulmuştur. Hastane Kalite İttifakı ölçütleri, Leapfrog Hastane Kalite ve Güvenliği Anketi ölçütleri, Hollanda Hastanelerinde Performans Raporlama Projesi ölçütleri, Verein Sonuç 2000 ölçütleri ve Almanya Bundesauswertungen ölçütleri ise ölçüm sistemleri hakkında gerekli bilgilere ulaşamadığı için araştırma kapsamında değerlendirilmemektedir.

Özellikle ABD, Kanada ve Avustralya federal yapıları gereği ulusal ölçüm sistemlerinin yanı sıra eyalet düzeyinde ölçüm sistemlerine de sahiptir. Araştırmada eyalet düzeyindeki ölçüm sistemlerine yer verilmemiştir. Ayrıca hastane düzeyinde çok sayıda ölçüm sistemi bulunmaktadır. Özellikle performans karnesi balanced scorecard temelli bu sistemler spesifik hastanenin stratejisine iyi bir şekilde uyarlanmış olmakla beraber, farklı hastanelerin farklı stratejik öncelikleri neticesinde hastaneler arasında anlamlı karşılaştırmaları zorlaştırmaktadır.

Delphi uygulamasında yer alacak başlangıç performans ölçütlerinin belirlenmesi amaçlı olarak 14 farklı ölçüt sistemi incelenmiştir. Bu ölçüm sistemlerinin tercih edilmesindeki temel neden, kapsamlı ve sistematik bir biçimde hastane performansını hastanelerin

yerine getirdiği farklı işlevleri de yansıtan bir biçimde ölçmeleridir. Ayrıca, bahsi geçen sistemler uygulandıkları bağlamlarda ölçüm sonuçlarını kamuoyuna açıklamaktadır. Bu özelliği ile bu sistemler farklı hastaneler arasında anlamlı mukayeseler yapılarak, hastalar, çalışanlar, hizmet satın alıcılar, kamu otoriteleri ve benzeri gruplar tarafından değerlendirilmesine imkan sunmaktadır. Bu sistemlerle elde edilen performans bilgisinin açıklanıyor olması hem farklı hastaneler arasında rekabeti teşvik ederek sağlık hizmeti kalitesini yükseltmeye, hem de performansını geliştirmek için hastanelere “benchmarking” için gerekli en iyi uygulamaları işaret etmeye yarayabilmektedir.

Ölçüm sistemlerinin seçiminde öncelikli olarak göz önünde bulundurulacak hususlardan biri de ilgili sisteme ilişkin bilginin paylaşılıyor olmasıdır. İlgili ölçüm sistemleri ve sistemde yer alan ölçütler, bu ölçütlere ilişkin tanımlamalar ve nasıl kullanıldıklarına ilişkin bilgiler sistem geliştirici, uygulayıcı veya denetleyici otoritelerin web sayfalarında yer almaktadır. Ölçüm sistemlerinin seçiminde İngilizce dilinde hazırlanmış veya İngilizce tercümeleri mevcut olan sistemler tercih edilmiştir.

İncelenen performans ölçüm sistemleri sırasıyla;

- DSÖ PATH – (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) Hastanelerde Kalite Gelişimi için Değerlendirme Aracı
- IQIP (International Quality Indicator Project) Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi
- SIMPATIE (Safety Improvement for Patients in Europe) Avrupa’da Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) Sağlık Kalitesi ve Araştırması Ajansı
- Joint Commission National Quality Measures- Ortak Komisyon Ulusal Kalite Ölçütleri
- CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital Outcome Measures) Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi Hastane Sonuç Ölçütleri
- National Quality Forum (NQF) Hospital Care Measures- Ulusal Kalite Forumu Hastane Bakım Ölçütleri

- University of Chicago Hospital Performance Measures- Chicago Üniversitesi Hastane Performans Ölçütleri
- CIHI (Canadian Institute for Health Information Canadian Hospital Reporting Project) Kanada Sağlık Bilgisi Enstitüsü Hastane Raporlama Projesi
- UK Healthcare Commission- Sağlık Hizmetleri Komisyonu
- UK NCHOD (National Centre for Health Outcomes Development)Ulusal Sağlık Sonuçları Merkezi
- Scotland NHS Clinical Indicators (SCI)- İskoçya Ulusal Sağlık Hizmetleri Klinik Göstergeleri
- ACHS (Australian Council on Healthcare Standards Clinical Indicators)Avustralya Sağlık Hizmetleri Standartları Konseyi Klinik Göstergeleri
- NIP (National Indicator Project)Danimarka Ulusal Gösterge Projesi

Bu ölçüm sistemleri barındırdıkları ölçüt sayısı açısından farklılıklar göstermektedir. Örneğin ACHS 332 adet göstergeden oluşurken, İskoçya Klinik Göstergeleri 7 temel göstergeden oluşmaktadır. Ölçüm sistemlerindeki ölçüt sayılarındaki farklılık iki temel nedene dayanmaktadır. Bunlardan ilki ölçülen olgunun ölçümünde elde edilmek istenilen hassasiyet veya detaydır. Örneğin ameliyatlarda koruyucu antibiyotik kullanımı DSÖ-PATH sisteminde bir ölçüt ile ölçülürken IQIP’de 7 ölçüt ile, Joint Commission sisteminde ise 15 ölçüt ile değerlendirilmektedir. Buradaki farklılıklar koruyucu antibiyotik kullanımının cerrahi müdahale türüne göre veya kullanım şekli ve süreleri doğrultusunda ölçülmesinden kaynaklanmaktadır.

Ölçüm sistemlerindeki ölçüt sayılarındaki farklılığı açıklayan ikinci neden ise, takip edilen performans boyutları ile ilgilidir. Bazı ölçüm sistemleri hastane performansını çok boyutlu bir kavram olarak ele alırken bazı sistemler bunu bir veya iki boyutta sınırlandırmaktadır. Örneğin Danimarka Ulusal Gösterge Projesi hastane performansını ölçmek için 11 farklı ölçüt setinden yararlanırken İskoçya Ulusal Sağlık Hizmetleri Klinik Göstergeleri hastane performansını cerrahi ve tıbbi bakım olarak sınıflanabilecek 7 ölçüt kullanmaktadır. Hastane performansı boyutları arttıkça ölçüm sisteminde yer alan ölçüt sayısı da artış göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü PATH – Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals

PATH projesi DSÖ'nün Avrupa Bölgesel Ofisi tarafından 2003 yılında, hastane performansını ölçülmesine yönelik bir çerçeve geliştirilmesi, hesap verilebilirliğin sağlanması ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına katkı sağlanması amacıyla hayata geçirilmiştir. Bu proje kapsamında geliştirilen performans ölçümü aracı Bölgesel Ofise bağlı 52 ülke tarafından sağlık kurumlarının performansının ölçümü ve değerlendirmesi için kullanıma sunulmuştur (Veillard vd., 2005).

PATH, hastanelerin performanslarına ilişkin veri toplamasına, toplanan veriler aracılığıyla hastaneler arasında anlamlı karşılaştırmalar yapılmasına ve hastanelerin performanslarını geliştirmeye yönelik girişim ve gereksinimleri tayin etmesine imkan verecek bir araçtır. Başlangıçta 18 performans göstergesinden oluşan PATH, hastane performansını; a) klinik etkinlik, b) verimlilik, c) iş gören odaklılık, d) duyarlı yönetim, e) güvenlik ve f) hasta odaklılık boyutlarında ölçmektedir (Groene vd., 2008). PATH 2009 yılında revize edilerek yerel gereksinimleri karşılayabilecek biçimde uygulayıcılara daha fazla kontrol sağlayacak biçimde geliştirilmiştir. Örneğin Belçika Sağlık Bakanlığı PATH çerçevesinden türetilmiş bir ulusal hastane performansı raporlama aracı geliştirmiştir. Geliştirilen bu araç hastaneler arasında kıyaslamaya imkan verecek ve hastane performansını çok boyutlu bir kavram olarak ele almakta ve PATH ölçütlerinin bir kısmını kullanmaktadır (Guisset vd., 2009). PATH mevcut hali ile 63 ölçütten oluşmaktadır.

IQIP Uluslararası Kalite Göstergesi Projesi³⁵

IQIP, sağlık kuruluşlarına yönelik danışmanlık hizmetleri ve performans ölçümü çözümleri üzerinde uzmanlaşan bir çözüm geliştirici ve danışmanlık şirketi olan Press Ganey Associates önderliğinde geliştirilmiştir. IQIP farklı sağlık hizmeti sunumu ortamları için tasarlanmış dört farklı performans gösterge setinden oluşmaktadır. Bu hizmet sunum ortamları akut bakım, psikiyatrik bakım, uzun süreli bakım ve evde bakımdır. Her gösterge kümesinde o bakım sunumuna uygun çok sayıda gösterge

³⁵<http://www.internationalqip.com/indicators.aspx>

bulunur. Bu göstergeler aracılığıyla hastaneler arasında mukayese yapılabilir. Her sağlık kurumu kendi hizmet sunum ortamına uygun gösterge seti veya istediği gösterge seti doğrultusunda bildirimde bulunabilir. IQIP; ABD, Avusturya, Brezilya, İsviçre, Japonya ve İtalya dahil olmak üzere, 17 ülkede 350 civarında sağlık kurumunda kullanılmaktadır. İkinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilen sağlık hizmetleri açısından 17 temel gösterge türünden oluşan akut bakım gösterge seti kullanılabilir niteliktedir. Bu sette yer alan her temel göstergenin altında çok sayıda gösterge yer alabilmektedir. Örneğin, ameliyathaneye planlanmamış dönüş göstergesi hastane genelindeki tüm cerrahi hastalar bazında ölçülmekle beraber, damar cerrahisi, fıtık ameliyatları gibi belirli girişimler bazında da ölçülmektedir. Bu gibi türevleri ile beraber IQIP kapsamında yer alan ölçüt sayısı 255 e çıkmaktadır.

SIMPATIE Avrupa’da Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi Ölçütleri³⁶

Avrupa Komisyonu’nun finansmanı ile 2005-2007 yılları arasında, Avrupa genelinde hasta güvenliğini arttırmaya yönelik olarak geliştirilen bu ölçüm aracı hastane performansını, hasta güvenliği merkezli olmakla beraber, çok boyutlu olarak ölçmektedir. Ölçüm aracında yer alan ölçütler a) kurum genelinde ölçütler, b) enfeksiyon kontrolü ölçütleri, c) cerrahi komplikasyon ölçütleri, d) hatalı sağlık hizmeti sunumu ölçütleri, e) kadın doğum ölçütleri, f) hastanede düşme ölçütleri ve g) hastalığa özel ölçütler olarak gruplanmış 42 ölçütten oluşmaktadır.

SIMPATIE kapsamında geliştirilen ölçütlerin, Avrupa Komisyonu tarafından Avrupa Birliği üyesi ülkelerde sağlık sistemlerinde kullanımı önerilmektedir. Üye ülkeler kendi gereksinimleri doğrultusunda uyarlamalar yapabilmekte ancak temel çerçevenin korunması tavsiye edilmektedir. Söz konusu ölçüm ayrıca üye ülkelerin hasta güvenliği konusunda sağlık sistemlerinde gerekli revizyonlar ve eğitimlere de kılavuzluk etmektedir.

³⁶<http://www.simpatie.org/Main/pf1175587453/wp1175588035/wp1176820943>

AHRQ Sağlık Kalitesi ve Araştırması Ajansı Ölçütleri³⁷

AHRQ ABD sağlık bakanlığına bağlı bir kuruluştur. Kuruluşun amacı Amerikalılar için sağlık hizmetlerinin kalitesini, güvenliğini ve verimliliğini arttırmaktır. AHRQ tarafından geliştirilen performans ölçüm sistemi Yatan Hasta Kalite Göstergeleri, Hasta Güvenlik Göstergeleri ve Pediatrik Göstergelerden oluşmaktadır. Ölçüm sisteminde toplam 78 adet ölçüt bulunmaktadır.

Ortak Komisyon Ulusal Kalite Ölçütleri³⁸

ABD’de Kurulu, kar amacı olmayan bir kuruluş olan Joint Comission (JC), sağlık kuruluşlarına yönelik akreditasyon hizmetleri sunar. JC akreditasyonu ve sertifikasyonu sağlık kuruluşlarının belirli performans standartlarını karşılamadaki başarısı ve kalitesine işaret eden önemli bir unsurdur. JC, ABD’de sosyal sağlık finansmanı programları olan Medicaid (çalışma yaşında yoksullara yönelik soysal sağlık programı) ve Medicare (65 yaş üstü için sosyal sağlık programı) programları çerçevesinde faaliyet gösteren Centers for Medicare and Medicaid Services kuruluşu ile işbirliği içinde farklı performans standartlarını uyumlaştırarak Ulusal Kalite Ölçütleri (National Quality Measures- NQM) adı verilen kalite ölçütlerini geliştirmiştir. NQM çekirdek ölçüt seti, 11 grupta yer alan 70 ölçütten oluşur.

CMS Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi Hastane Sonuç Ölçütleri³⁹

ABD federal devlet kuruluşu olan CMS, Medicare programının yönetimi ve eyaletlerle işbirliği halinde Medicaid ve benzer sağlık programlarının yürütülmesinden sorumludur. Kaliteli ve hasta odaklı sağlık hizmetlerinin yanı sıra hesap verilebilirliği sağlamak amacıyla CMS 2007 yılından başlayarak hastane performans bilgilerini raporlamaya başlamıştır. Kalp krizi ve kalp yetmezliği ile ilgili 30 günlük mortalite verisi ile başlayan bu uygulama zaman içerisinde genişleyerek Hastane Sonuç Ölçütleri (Hospital Outcome Measures)adı verilen ölçüm ve raporlama aracına dönüşmüştür. Mevcut

³⁷<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

³⁸<https://manual.jointcommission.org/bin/view/Manual/WebHome>

³⁹<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/OutcomeMeasures.html>

haliyle 30 günlük mortalite, 30 günlük tekrar yatış, hasta güvenliği ölçütleri, yatan hasta kalite ölçütleri ve hastanede oluşan durumlar başlıkları altında yer alan 45 ölçütten oluşmaktadır.

NQF Ulusal Kalite Forumu Hastane Bakım Ölçütleri⁴⁰

NQF ABD’de sağlık hizmetleri kalitesini arttırmayı amaçlayan, kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. Bu kuruluş performans iyileştirmesine yönelik ulusal önceliklerin belirlenmesi ve bunlar üzerinde uzlaşa sağlanmasını, performansın ölçümü ve raporlanması için ulusal standartların geliştirilmesini ve bu standart ve hedeflere ulaşılması için gerekli eğitim ve girişimlerin gerçekleştirilmesini üstlenmiştir. Uzun ve yoğun bir konsensüs sağlama süreci sonrasında geliştirilen ölçütlerden oluşan bu ölçüm sistemi hastane ortamında sağlık hizmeti sunumunu kapsayan 19 ölçüt içermektedir.

Chicago Üniversitesi Hastane Performans Ölçütleri⁴¹

Kar amacı gütmeyen bir hastane sistemi olan ve dört hastaneden oluşan Chicago Üniversitesi hastaneleri hastane performansını Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi Hastane Sonuç Ölçütleri ile ölçerek raporlamanın yanı sıra kendi geliştirdiği, ağırlıklı olarak finansal ve idari ölçütlerden oluşan bir ölçüm kullanmaktadır. Söz konusu ölçüm 58 ölçütten oluşmaktadır.

CIHI Kanada Sağlık Bilgisi Enstitüsü Hastane Raporlama Projesi⁴²

Canadian Hospital Reporting Project (CRHP) Kanada’da yer alan 600 den fazla sağlık kuruluşu hakkında performans bilgisinin raporlanmasına yönelik bir çalışmadır. Mevcut hastane performans ölçütlerinden ve alan uzmanları ile işbirliği ile geliştirilen, a) klinik etkinlik, b) hasta güvenliği, c) hizmetin uygunluğu, d) erişim ve e) finansal performans başlıkları altında yer alan 9’u finansal toplam 35 ölçütten oluşmaktadır.

UK Sağlık Hizmetleri Komisyonu⁴³

⁴⁰<http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=55754>

⁴¹<http://intranet.uchicago.edu/Portals/0/Managers/Performance%20Measures.pdf>

⁴²<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/health+system+performance/indicators/performance/cihi010657>

UK Sağlık Hizmetleri Komisyonu (HC) 2009 yılında Bakım Kalitesi Komisyonuna(Care Quality Commission) dönüştürülünceye kadar İngiltere ve Galler’de halk sağlığı ve sağlık hizmetleri kalitesini geliştirmekten sorumlu olan kamu kuruluşuydu. HC sağlık kuruluşlarını belirli performans standartları doğrultusunda değerlendirip sonuçları raporlayarak bu amacı gerçekleştirmeye çalışmıştır. 2009 yılındaki dönüşümden sonra kullanılan ölçüm sistemi de değişerek sağlık kuruluşlarının sahip olması gereken özelliklerin belirlendiği ve bu özellikleri karşılama durumuna göre değerlendirildiği bir yapı ortaya çıkmıştır. Söz konusu ölçüm yapısal özellikler üzerinde yoğunlaşmaktadır.

2009 yılında gerçekleşen dönüşüm öncesinde ise akut ve uzmanlaşmış bakım kurumları ölçüt seti, ambulans hizmetleri ölçüt seti, öğrenme bozuklukları ölçüt seti, akıl sağlığı ölçüt seti ve temel sağlık hizmetleri ölçüt setinden oluşan bir ölçüm kullanılmıştır. Dönüşüm öncesinde sunulan ölçüm sağlık hizmetleri ve elde edilen sonuçlar üzerinde odaklanmaktaydı. İkinci basamak sağlık kurumlarının özellikleri doğrultusunda bu ölçümde yer alan ve toplam 39 ölçütten oluşan akut ve uzmanlaşmış bakım ölçüt seti ve temel sağlık hizmetleri ölçüt seti incelenmiştir.

UK Ulusal Sağlık Sonuçları Merkezi (NCHOD)⁴⁴⁻⁴⁵

Ulusal Sağlık Sonuçları Merkezi, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerine ve sağlık çıktılarına ilişkin verilerin derlenmesi ve ilgili yerlere aktarılması için kurulmuş bir birimdir. Söz konusu birim toplam 1416 ölçütten oluşan bir ölçüt setine sahiptir. Söz konusu set tüm sağlık sektörünü kapsamaktadır. Hastanelere ilişkin ise 12 temel ölçütten oluşan bir ölçüm setini bünyesinde barındırmaktadır.

İskoçya Ulusal Sağlık Hizmetleri Klinik Göstergeleri⁴⁶

İskoçya Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından hastaneleri değerlendirmek için kullanılan bu ölçüm 7 temel ölçütten oluşmaktadır.

⁴³http://ratings2006.healthcarecommission.org.uk/Indicators_2006/Trust/Indicator/indicators.asp?trustType=1

⁴⁴<http://nchod.uhce.ox.ac.uk/>

⁴⁵<https://indicators.ic.nhs.uk/webview/>

⁴⁶http://www.indicators.scot.nhs.uk/Reports/clinical_Indicators_2007.pdf

ACHS Avustralya Sağlık Hizmetleri Standartları Komisyonu Klinik Göstergeleri⁴⁷

Australian Council on Healthcare ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirme görevini üstlenmiş kar amacı gütmeye bağımsız bir örgüttür. Konseyde hükümet birimleri, tüketiciler ve sağlık kuruluşları temsilcileri yer almaktadır. Konsey sağlık kuruluşları ile işbirliği içerisinde performans ölçütleri ve iyileştirme programları geliştirmektedir. Avustralya’da sağlık hizmetleri çıktılarını ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiş bu ölçüm 22 başlık altında yer alan 338 ölçütten oluşmaktadır.

NIP Danimarka Ulusal Gösterge Projesi⁴⁸

Danimarka’da hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Kurulu, Tıbbi Teknolojilerin Değerlendirilmesi Merkezi, Danimarka Bölgeler Birliği, Danimarka Tıp Derneği, Bilimler Topluluğu, Danimarka Hemşireler Derneği, Danimarka Fizyoterapistler Derneği ve Mesleki Terapistler Derneği işbirliği ile Ulusal Göstergeler geliştirmeye yönelik bir projedir. Proje kapsamında sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hastanelerin sağlık hizmet üretim ve sunumu performansını ölçmeye yönelik olarak 11 farklı ölçüt setinde yer alan 144 ölçütten oluşan bir ölçüm sistemi geliştirilmiştir.

Ölçüm sistemleri ve barındırdıkları ölçüt sayıları Tablo 16’da yer almaktadır

⁴⁷<http://www.achs.org.au/ClinicalIndicators/>

⁴⁸<http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project/indicator+sets>

Tablo 16. Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçüm Sistemleri ve Ölçüt Sayıları

Ölçüm sistemi	Ölçüt sayısı
PATH (DSÖ)	63
IQIP	255
SIMPATIE (AB)	42
AHRQ (ABD)	78
Joint Commission (ABD)	70
CMS (ABD)	45
NQF (ABD)	19
Chicago Üniversitesi (ABD)	58
CIHI (KANADA)	35
UKHC (BİRLEŞİK KRALLIK)	39
NCHOD (BİRLEŞİK KRALLIK)	14 (Tam set, tüm sağlık sektörünü kapsayan 1416 göstergeden oluşmakta)
SCI (İSKOÇYA)	7
ACHS (AVUSTRALYA)	338
NIP (DANİMARKA)	144
Toplam	1207

Farklı ölçüm sistemlerinde yer alan 1207 ölçüt öncelikli olarak, ortak özellikleri dikkate alınarak; 1) sonuç 2) süreç 3) yapı 4) güvenlik 5) memnuniyet 6) finansal ve 7) çeşitli başlıkları altında tasnif edilmiştir. Sonuç ölçütleri alt sınıflar olarak; a) cerrahi, b) rehabilitasyon, c) yeni doğan, d) yoğun bakım, e) tıbbi bakım ve f) anestezi başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Süreç ölçütleri ise; a) cerrahi, b) görüntüleme, c) tıbbi bakım ve d) yoğun bakım başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmanın ardından her bir performans sistemi içinde yer alan benzer ölçütlerin birleştirilmesi ve tekrarlamaların ortadan kaldırılması aşamasına geçilmiştir. Tekrarlamaların kaldırılması ve birbirine çok yakın olan ölçütlerin birleştirilmesinin ardından sınıflandırılmış ölçüt listesi oluşturulmuştur. Oluşturulan ölçüt listesinde yer alan ölçüt sınıfları ve sayıları Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17. Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçüt Sınıfları ve Sayıları

Ölçüt sınıfı	Ölçüt sayısı
Sonuç ölçütleri	104
Cerrahi	44
Yoğun bakım	8
Tıbbi bakım	32
Acil servis	15
Yeni Doğan	3
Rehabilitasyon	2
Süreç Ölçütleri	108
Cerrahi	29
Tıbbi bakım	54
Yoğun bakım	4
Görüntüleme	5
Aşılama	4
Tütün ve madde kullanımı	12
Yapı ölçütleri	49
Finansal	8
Güvenlik	25
Memnuniyet	11
Çeşitli	38
Toplam	343

Ölçütlerde birleştirme ve tekrarların kaldırılması işlemlerinin ardından 343 adet ölçüt tespit edilmiştir. Bir sonraki aşamada söz konusu ölçütler Türkçeye çevrilmiş ve ölçüm sistemlerinde yer alma frekansları incelenmiştir. Ayrıca bu aşamada memnuniyet ve finansal ölçütler sınıflarında yer alan 5 ölçüt insan kaynakları ölçütleri olarak ayrıştırılmış ve yeni bir grup oluşturulmuştur.

Bu aşamada daha önce tespit edilen, kolayca ulaşılabilen ve iletişim kurulabilen, yönetim deneyimi olan dört uzman hekim ile temasa geçilerek ölçütler, hesaplanmış yöntemleri ve Türkçe çevirileri kontrol ettirilmiştir. Bu dört uzman hekimin ikisi başhekimlik, diğer ikisi ise başhekim yardımcılığı deneyimine sahip hekimlerdir. Bu hekimlerin tıbbi uzmanlık alanları ise pediatri, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları ve dahiliye gibi farklı alanları kapsamaktadır. Farklı alanlarda uzmanlık özellikle tercih edilmiştir. Bu şekilde farklı cerrahi ve dahili tıp branşların sahip olabilecekleri farklı önceliklerin seçilen ölçütlere yansıtılarak dengeli bir ölçüt listesi elde edilmesi amaçlanmıştır. Uzman hekimlerin sahip olduğu farklı uzmanlık alanları kullanılan

terminolojinin saha ile uyumlaştırılmasını ve listede yer alacak tıbbi göstergelerin geçerliliğinin güvence altına alınması ve ölçütlerin hesaplanmasına yönelik yaklaşımların doğruluğunun teyit edilmesi açısından önemli olarak değerlendirilmektedir. Danışılan bu dört hekimden üçü Delphi uygulama aşamalarında da yer almıştır.

343 ölçütten birden fazla ölçüm sisteminde yer alan veya birden fazla ölçüm sisteminde yer almasa da danışılan uzmanlar tarafından farklı ve önemli bir performans boyutunu temsil ettiği teyit edilen ölçütler ayrıştırılarak Delphi uygulamasının temelini oluşturacak ölçüt listesinin ilk hali oluşturulmuştur. Danışılan uzmanlarca da teyit edilen bu ölçütlerin in sayısı 85’dir ve Tablo 18’de yer alan şekilde sınıflandırılmıştır.

Tablo 18. Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçütlerinin Birleştirilmesi Sonucu Oluşan Ölçüt Sınıf ve Sayıları

Ölçüt sınıfı	Ölçüt sayısı
Çıktı ölçütleri	31
Cerrahi	17
Tıbbi bakım	14
Süreç Ölçütleri	18
Cerrahi	2
Tıbbi bakım	16
Yapı ölçütleri	4
Finansal	6
Güvenlik	13
Memnuniyet	8
İnsan Kaynakları	5
Toplam	85

Özellikle sonuç ve süreç ölçütlerinde, belirli hastalıklara ve tıbbi durumlara özel ölçütler dikkat çekmektedir. Bu ölçütlerin orijinal ölçüm sistemlerinde yer alışları, ilgili hizmetlerin yoğun olarak sunulması ve söz konusu sağlık sistemlerinde karşılaşılan önemli hastalıklar oluşudur. Bu önem özellikle ölüm nedenleri açısından sahip oldukları büyük payla ilişkilendirilmektedir. Benzer şekilde ülkemizde ölüm nedenleri istatistikleri (TUİK, 2009), dolaşım sistemi hastalıklarının ölümlerin %40’ına, solunum hastalıklarının ise %10 una neden olduğunu göstermektedir. Ayrıca, hastanelerde en sık konulan teşhis istatistikleri (TUİK 2010), dolaşım sistemi hastalıklarının teşhislerin %23’ünü, kas-iskelet ve eklem rahatsızlıklarının teşhislerin %35’ini, solunum sistemi

hastalıklarının ise teşhislerin %17'sini oluşturduğunu göstermektedir. Dolayısı ile dolaşım ve solunum yolu hastalıklarının en riskli olanlarının ve özellikle ileri yaş hastalarda yaşam kalitesi açısından önemli olan iskelet-eklem hastalıklarının hastane performans ölçütlerine yansımaları normal karşılanabilir.

Danışman uzmanlarla yapılan görüşmelerde, oluşturulan listede yer alan klinik göstergeler (çıktı ve süreç ölçütleri) yeterli, ancak sayıca fazla bulunmuştur. Araştırmanın amacının uzmanların üzerinde uzlaşacağı bir ölçüt listesi elde etmek olduğu göz önünde bulundurulduğunda gösterge sayılarının uzmanlar tarafından atfedilen önem doğrultusunda azalacağı görülmektedir. Finansal, güvenlik, memnuniyet ve insan kaynakları ölçütleri danışman uzmanlar tarafından önemli göstergeler olarak teyit edilmiştir. Oluşturulan listede yer alan ölçütlere ek olarak hastaneye ilişkin farklı paydaşlar nazarındaki algılar, hastanenin medyada yer alışı ve rakipleri karşısındaki görece durumunu yansıtacak ölçütler danışman uzmanlar tarafından önerilmiştir. Bu ölçütler birden fazla uzman tarafından önerilen veya bir uzman tarafından önerilmekle beraber en az bir uzman tarafından desteklenen ölçütlerden oluşmaktadır. Önerilen 22 ölçütün listeye dahil edilmesiyle beraber toplam 107 ölçütten oluşan bir liste oluşmuştur. Bu ölçütlerin dağılımı Tablo 19'da yer almaktadır.

Tablo 19. Uzmanlar Tarafından Önerilen Ölçütlerle Birlikte Sağlık Kurumlarına Yönelik Performans Ölçütlerinin Sınıf ve Sayıları

Ölçüt sınıfı	Ölçüt sayısı
Çıktı ölçütleri	31
Cerrahi Çıktı Ölçütleri	17
Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri	14
Süreç Ölçütleri	18
Cerrahi Süreç Ölçütleri	2
Dahili Tıp Süreç Ölçütleri	16
Yapı ölçütleri	10
Finansal ölçütler	9
Güvenlik ölçütleri	13
Memnuniyet ölçütleri	7
İnsan kaynakları ölçütleri	8
Rekabet ölçütleri	3
Diğer (Algı ve medya) ölçütler	8
Toplam	107

Ölçütler listesi aşağıda, Tablo 20’de verilmektedir. Ölçütler Tablo 19’da yer alan sınıflandırma doğrultusunda gruplandırılmıştır. Sol sütunda ölçüt numarası orta sütunda ise ölçütün adı yer almaktadır. Ölçüt adının hemen altında “ölçümü” ibaresi ile yer alan kısım ise ölçütün ölçümüne yönelik bir teknik önerisidir. Söz konusu öneri pek çok ölçüt için incelenen ölçüm sisteminde yer alan en basit veya yalın ölçüm tekniğini yansıtmaktadır. Pek çok ölçüt için farklı ölçüt teknikleri geliştirilebilir. Özellikle risk uyarlaması içeren ölçüm teknikleri klinik ölçütler için mümkündür. Ancak ölçüm tekniklerinde yapılacak değişiklikler ölçüm için gerekli olan veri ihtiyacını da değiştirecektir. Dolayısıyla ölçüt ve ölçüm tekniği seçimi kararı, veri toplama ve veri sunumu noktasında da karşılık bulmalıdır.

Tablonun sağ sütununda ise ölçütün kaç farklı ölçüm sisteminde yer aldığını göstermektedir. İki ve daha fazla ölçüm sisteminde yer alan ölçütler listeye dahil

edilmiştir. Sadece bir ölçüm sisteminde yer alan ölçütler ise danışılan uzmanlar tarafından desteklenmesi durumunda listede yer almıştır. Bu durum listenin sağ sütununda “1+Uzman” ibaresi ile gösterilmektedir. İncelenen ölçüm sistemlerinde yer almayan ancak, uzmanlar tarafından önemli performans ölçütleri olarak önerilen ölçütler ise sağ sütunda yer alan “Uzman” ibaresi ile gösterilmektedir.

Listede yer alan çıktı ve süreç ölçütleri olarak adlandırılan klinik göstergeler, yapısal, güvenlik ve finansal ölçütler hastane tarafından üretilen bilgiler doğrultusunda hesaplanabilen ölçütlerdir. Memnuniyet, insan kaynakları ve rekabet ölçütleri hastalar ve çalışanlar üzerinde uygulanacak anketler aracılığıyla ölçülebilecektir. Diğer ölçütler arasında yer alan algı ölçütleri ise farklı paydaş grupları üzerinde uygulanacak anketler aracılığıyla, medya ölçütleri ise medya takibi ile ölçülebilen ölçütler olacaktır. Hastane kaynaklı bilgilerin büyük bir kısmı SağlıkNet kapsamında kayıt altına alınan ve iletilen bilgiler arasında bulunmakta, özellikle finansal veriler ise hastane yönetim ve muhasebe bilgi sistemlerinde yer almaktadır.

Bu listede yer alan 107 ölçütün soru biçimine çevrilmesi, araştırmanın amacı ve katılım gizliliğine ilişkin bilgilerin giriş kısmı ile demografik soruların eklenmesi sonucu çalışmada kullanılan veri toplama aracı tamamlanmıştır. İlgili araçta katılımcılardan, her bir performans ölçütünü, hastane performansının ölçümündeki önemi, hastaneler arasında anlamlı kıyaslamalar için kullanışlılığı ve hastane performansını geliştirmeye yönelik iyileştirme yapılması gereken noktaları belirlemedeki yararlılığı açısından değerlendirerek ölçütlerin önemini 1-10 arasında (en düşük önem düzeyi = 1, en yüksek önem düzeyi = 10) bir puan ile derecelendirmeleri istenmiştir. Araştırmada veri toplamak için kullanılan birinci ve ikinci tur anket formları çalışmanın sonunda ek olarak sunulmaktadır.

Tablo 20. Sağlık Kurumlarına Yönelik Aday Performans Ölçütleri ve Ölçüm Sistemlerinde Tekrarlanma Sıklıkları

Çıktı Ölçütleri	Tekrarlandığı ölçüm sistemi
Cerrahi ölçütler:	
1 Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı Ölçümü Abdominal aorta anevrizma onarımı operasyonu geçiren ve ilgili bir nedenden 30 gün içinde ölen hasta sayısı / Toplam abdominal aorta onarım operasyonu sayısı	2
2 Koroner arter bypass grafiti mortalite oranı Ölçümü Koroner arter bypass grafiti operasyonu geçiren ve ilgili bir nedenden 30 gün içinde ölen hasta sayısı / Toplam koroner arter bypass grafiti operasyonu sayısı	4
3 Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı Ölçümü Gününbirlik ameliyat yapılan ve yatırılmak veya sevk edilmek zorunda kalan hasta sayısı / Toplam gününbirlik operasyon sayısı	2
4 Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı Ölçümü Aynı yatışta daha önce planlanmamış biçimde ameliyathaneye tekrar alınması gereken hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	2
5 Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı Ölçümü Cerrahi müdahalenin ardından 30 gün içinde ilgili bir nedenden ölen yatan hasta sayısı / Toplam cerrahi yatan hasta sayısı	3
6 Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı Ölçümü Kalça replasmanı operasyonu geçiren hastalardan taburcu edilmelerinden itibaren 30 gün içinde ilgili bir şikayetle tekrar yatanlar / Toplam kalça replasmanı operasyonu sayısı	3
7 Diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı Ölçümü Diz kapağı replasmanı operasyonu geçiren hastalardan taburcu edilmelerinden itibaren 30 gün içinde ilgili bir şikayetle tekrar yatanlar / Toplam diz kapağı replasmanı operasyonu sayısı	3
8 Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı Ölçümü Cerrahi müdahalenin ardından 30 gün içinde ilgili bir nedenle daha önce planlanmaksızın tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam yatan hasta ameliyat sayısı	3
9 Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı Ölçümü Ameliyattan sonra 7 gün içinde pulmoner emboli veya derin damar trombozu geçiren hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	4
10 Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı Ölçümü Belirli bir cerrahi müdahale sonrası 30 gün içinde ilgili bir nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / Belirli bir cerrahi müdahale sayısı	4
11 Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı Ölçümü Ameliyatı takip eden süreçte dikiş açılması yaşayan hasta sayısı / Toplam dikişli ameliyat sayısı	2
12 Anestezi komplikasyonu oranı Ölçümü Anestezi komplikasyonu yaşayan cerrahi hasta sayısı / Genel anestezi altında yapılan toplam ameliyat sayısı	4
13 Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı Ölçümü Ameliyat sonrası süreçte ameliyat edilen bölgede enfeksiyon oluşan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	2

	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı	4
14	Ölçümü Normal doğumda obstetrik travma yaşayan hasta sayısı / Toplam normal doğum sayısı	
	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı	2
15	Ölçümü Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma yaşayan hasta sayısı / Toplam sezaryen doğum sayısı	
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı	2
	Ölçümü Yeni doğanda yaralanmalı travma sayısı / Toplam doğum sayısı	
	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranı	2
17	Ölçümü Yoğun bakım ünitesinden servise transfer sonrası tekrar yoğun bakıma alınan hasta sayısı / Toplam yoğun bakımda yatan hasta sayısı	
Dahili tıp ölçütleri		
	Akut myokard enfarktüs mortalite oranı	7
18	Ölçümü 30 gün içerisinde akut myokard enfarktüs veya ilgili nedenden gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam akut myokard enfarktüs hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen myokard enfarktüs hastası sayısı)	
	Kalp yetmezliği mortalite oranı	5
19	Ölçümü 30 gün içerisinde kalp yetmezliği veya ilgili nedenden gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam kalp yetmezliği hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen kalp yetmezliği hastası sayısı)	
	Strok mortalite oranı	7
20	Ölçümü 30 gün içerisinde strok veya ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam strok hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen strok hastası sayısı)	
	Zatürree mortalite oranı	4
21	Ölçümü 30 gün içerisinde zatürree veya ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam zatürree hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen zatürree hastası sayısı)	
	Sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranı	2
22	Ölçümü 30 gün içerisinde sindirim sistemi ile ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam sindirim sistemi hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen sindirim sistemi hastası sayısı)	
	Kalça kırıkları mortalite oranı	5
23	Ölçümü 30 gün içerisinde kalça kırığı ile ilgili nedenle ölen hasta sayısı / (Toplam kalça kırığı hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen kalça kırığı hastası sayısı)	
	Belirli hastalıklarda mortalite oranı	3
24	Ölçümü 30 gün içerisinde belirli bir hastalıkla ilgili nedenle ölen hasta sayısı / (Belirli hastalık teşhisli hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen belirli hastalık teşhisli hasta sayısı)	
	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı	2
25	Ölçümü 30 gün içerisinde düşük ölüm oranlı hastalıklarla ilgili nedenlerle ölen hasta sayısı / (Düşük ölüm oranlı hastalık teşhisli hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen düşük ölüm oranlı hastalık teşhisli hasta sayısı)	
	Akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranı	4
26	Ölçümü Akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
27	Kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranı	3

	Ölçümü	Kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Zatürree (Pnömi) planlanmamış tekrar yatış oranı		3
28	Ölçümü	Zatürree teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam zatürree teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Strok planlanmamış tekrar yatış oranı		3
29	Ölçümü	Strok teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranı		2
30	Ölçümü	Kalça kırığı tedavisi sonrası taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir nedenle tekrar yatırılan hasta sayısı / Kalça kırığı için tedavi edilen toplam hasta sayısı	
	Genel planlanmamış tekrar yatış oranı		5
31	Ölçümü	Taburcu edildikten sonra 30 gün içerisinde planlanmamış bir biçimde ilk teşhis ile ilgili bir nedenle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam taburcu edilen yatan hasta sayısı	
Süreç Ölçütleri			
Cerrahi ölçütler:			
	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı		2
32	Ölçümü	Operasyon öncesi koruyucu amaçlı antibiyotik kullanılan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranı		2
33	Ölçümü	Operasyon öncesi koruyucu amaçlı tromboz önleyici kullanılan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
Dahili tıp ölçütleri:			
	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı		2
34	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 60 dakika içerisinde antiplatelet ilaç verilen hasta sayısı / Toplam myokard enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranı		2
35	Ölçümü	Antiplatelet ilaç reçetelenen akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Akut myokard enfarktüs - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör/ARB kullanımı oranı		3
36	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomlu hastalardan sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitörü veya ARB verilen hasta sayısı / Toplam sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu olan akut myokard enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranı		2
37	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 60 dakika içerisinde tromboz önleyicisi kullanılan hasta sayısı / Toplam akut enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranı		4

	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 180 dakika içerisinde anjiyo yapılan hasta sayısı / Toplam akut enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken beta bloklayıcı reçetelenmesi oranı		2
39	Ölçümü	Beta bloklayıcı reçetelenen akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı		2
40	Ölçümü	Hastalığı hakkında bilgilendirilerek gerekli yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitilen akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranı		2
41	Ölçümü	Sol ventriküler sistolojik işlevin değerlendirildiği kalp yetmezliği semptomu ile başvuran hasta sayısı / Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran toplam hasta sayısı	
	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör veya ARB kullanımı oranı		2
42	Ölçümü	Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran hastalardan sol ventriküler sistolojik işlev bozukluğu için ACE inhibitörü veya ARB kullanılan hasta sayısı / Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran toplam hasta sayısı	
	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı		3
43	Ölçümü	Hastalığı hakkında bilgilendirilen ve önlemler hakkında eğitilen kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı		4
44	Ölçümü	Strok semptomu ile başvuran hastalardan tromboz önleyici kullanılan hasta sayısı / Strok semptomu ile başvuran hasta sayısı	
	Strok - Taburcu edilirken statin ilaçları reçetelenmesi oranı		2
45	Ölçümü	Taburcu edilirken statin ilacı reçetelenen strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı		2
46	Ölçümü	Hastalığı hakkında bilgilendirilen ve önlemler hakkında eğitilen strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı		3
47	Ölçümü	Rehabilitasyon için değerlendirilmesi yapılan strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli hasta sayısı	
	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı		2
48	Ölçümü	Strok semptomu ile başvuran hastalardan tıbbi görüntüleme (CT-MR-Ultrason) gerçekleştirilen hasta sayısı / Strok semptomu ile başvuran hasta sayısı	
	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı		2
49	Ölçümü	Tromboz önleyicisi kullanılan yoğun bakım hastası / Toplam yoğun bakım hastası	
Yapısal Ölçütler			
	Sezaryen doğum oranı		3
50	Ölçümü	Sezaryen doğumlar / Toplam doğumlar	
	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı		3
51	Ölçümü	Sezaryen doğum sonrası normal doğum yapan hasta sayısı / Toplam	

	doğum sayısı	
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranı Ölçümü Sezaryen doğum yapılan ilk doğum sayısı / Toplam ilk doğum sayısı	2
53	Ameliyathane kullanım oranı Ölçümü Günlük yapılan ameliyat sayısı / Günlük ameliyathane kapasitesi	5
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısı Ölçümü Yapılan ameliyat sayısı / Cerrah sayısı	Uzman
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı Ölçümü Günlük toplam yatan hasta sayısı / Hekim sayısı	Uzman
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı Ölçümü Günlük toplam yatan hasta sayısı / Hemşire sayısı	Uzman
57	Yatak doluluk oranı Ölçümü Dolu yatak sayısı / Toplam yatak sayısı	Uzman
58	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir) Ölçümü Toplam yatış gün sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	Uzman
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı Ölçümü Toplam poliklinik oda sayısı / Aktif çalışan klinisyen uzman sayısı	Uzman
Finansal Ölçütler		
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı Ölçümü Alacak / Borçlar (Pek çok farklı türevi vardır)	3
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranı Ölçümü İdari giderler / Toplam giderler	3
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı) miktarı Ölçümü Toplam gider / Toplam hasta sayısı	2
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı Ölçümü $\sum(\text{Ekipman yaşı} \times \text{ekipman sayısı}) / \text{Toplam ekipman sayısı}$	2
64	Vaka başı ortalama maliyet Ölçümü Servis bazlı toplam gider / Serviste yatan toplam hasta sayısı	2
65	Vaka başı ortalama gelir Ölçümü Servis bazlı toplam gelir / Serviste yatan toplam hasta sayısı	2
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında) Ölçümü Gerçekleşen gelir / Bütçelenen gelir	Uzman
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında) Ölçümü Gerçekleşen gider / Bütçelenen gider	Uzman
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı Ölçümü Yatırım giderleri / Gider bütçesi	Uzman
Güvenlik Ölçütleri		
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı Ölçümü Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı	6
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranı Ölçümü Vücutta yabancı cisim kalma olayı sayısı / Toplam intrusif cerrahi müdahale sayısı	2
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı Ölçümü Belirli bir hastalıkta yaşanan komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı / Belirli bir hastalık için toplam yatan hasta sayısı	2
72	Transfüzyona tepki veya kan uyumsuzluğu oranı	4

	Ölçümü	Transfüzyonda kan uyuşmazlığı veya tepki olayı sayısı / Yapılan toplam transfüzyon sayısı	
	Düşme ve travma oranı		3
73	Ölçümü	Düşme ve travma olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı		3
74	Ölçümü	Ana damar kateter enfeksiyonu sayısı / Toplam ana damar kateter kullanımı	
	Bası yarası oranı		6
75	Ölçümü	Bası yarası olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı		2
76	Ölçümü	Ameliyat neticesinde kalça kırığı olayı sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı		2
77	Ölçümü	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma olayı sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı		2
78	Ölçümü	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk yaşayan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı		2
79	Ölçümü	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği yaşayan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
	Hastane enfeksiyonları oranı		4
80	Ölçümü	Hastane enfeksiyonu olayı yaşayan hasta sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
	İlaç tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı		2
81	Ölçümü	İlaç tepki olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
Memnuniyet Ölçütleri			
	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi		2
82	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları		2
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hizmete erişim ve bekleme ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları		1+ Uzman
84	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hastane tesisi ve olanakları ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorları		1+ Uzman
85	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hizmetin güvenliği, kalitesi ve hizmet sunum koordinasyonu ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorları		1+ Uzman
86	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde sağlık çalışanlarının hastayı yeterli düzeyde bilgilendirmesi ve seçim hakkı sunumu ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları		1+ Uzman

	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hastane çalışanlarının hasta ile iletişim ve sıcak, yakın ilişki kurması ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek veya çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranları (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözülmemeyen şikayet sayısı)		2
	Ölçümü	Şikayet sayısı veya (Çözümlenen şikayet sayısı / Toplam şikayet sayısı)	
İnsan Kaynakları Ölçütleri			
	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları		Uzman
89	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde memnuniyet düzeyleri yüksek ve çok yüksek çıkan çalışan sayısı / Çalışan memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı	
	Çalışan anketleri - sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları		1+ Uzman
90	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde sağlık, güvenlik ve olumsuz olay (ters kod) maddelerinde memnuniyet düzeyleri yüksek ve çok yüksek çıkan çalışan sayısı / Çalışan memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı	
91	Çalışan anketleri - çalışanların tutumları skorları		1+ Uzman
	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde çalışanların tutumları ile ilgili maddelerdeki skorlar / Memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı	
92	Fazla mesai süreleri		1+ Uzman
	Ölçümü	Toplam fazla mesai süresi / Toplam çalışan sayısı	
	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri		1+ Uzman
93	Ölçümü	Çalışanlara uygulanan anketler ve envanterler aracılığı ile belirlenmiş tükenmişlik skorları ve motivasyon dereceleri	
94	İşgücü devir oranı		1+ Uzman
	Ölçümü	Belirli bir dönemde işten ayrılan sayısı / Toplam çalışan sayısı	
	İşe gelmeme / Devamsızlık oranları		1+ Uzman
95	Ölçümü	$\Sigma(\text{Mazeretli veya mazertsiz işe gelmeyen personel sayısı} \times \text{işe gelinmeyen gün sayısı}) / (\text{Çalışan sayısı} \times \text{Toplam iş günü sayısı})$	
96	Meslek içi eğitim harcamaları (süreleri) miktarları		1+ Uzman
	Ölçümü	Meslek içi eğitim için toplam harcama veya meslek içi eğitim için çalışan başına harcama veya toplam meslek içi eğitim süresi veya çalışan başına meslek içi eğitim süresi	
Rekabet Ölçütleri			
	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmak		Uzman
97	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketinde hastaneye ilişkin öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu maddesini her zaman veya çoğu zaman olarak işaretleyen hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmak		Uzman
98	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketinde hastaneye ilişkin öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu maddesini her zaman veya çoğu zaman olarak işaretleyen hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
	Pazar payı		Uzman
99	Ölçümü	Hastaneden hizmet alan toplam birey sayısı / Pazarı oluşturan nüfus	
Diğer Ölçütler			
	Hastanenin tanınmışlığı		Uzman
100	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin tanınmışlık düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı	
101	Hastaneye güven		Uzman

	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastaneye duyulan güven düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı	
	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı		Uzman
102	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin olumlu tıbbi ve çevresel etkisini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı	
	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı		Uzman
103	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin yasalara uyumu ve etik davranış düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı	
	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algı		Uzman
104	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin paydaşlarla bilgi paylaşım düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı	
	Hastane imajı		Uzman
105	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin olumlu imaj düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı	
	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısı		Uzman
106	Ölçümü	Medyada yer alan olumlu haber sayısı	
	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı		Uzman
107	Ölçümü	Medyada yer alan olumsuz haber sayısı	

6.2. Katılımcıların Belirlenmesi

Devlet hastanelerinin tabi olduğu mevzuat doğrultusunda, ölçekten bağımsız olarak, her bir hastanenin yönetim kadrosunda bir başhekim, müdür ve bir başhemşire yer almaktadır. Hastane yatak kapasitesi, çalışan hekim sayısı, hastanede bulunan birim sayısı ve sunulan hizmet kapsamı doğrultusunda gerekli olması durumunda başhekim yardımcısı, müdür yardımcısı, başhemşire yardımcısı ve kalite koordinatörü kadroları da bulunmaktadır. Dolayısıyla uygulama aşamasında başvuru uzmanlar bu kadrolarda yer alan katılımcılardan oluşmaktadır.

Ülkemizde ikinci basamak devlet hastaneleri çok ufak (50 yatak kapasitesinden daha az) ilçe hastanelerinden çok büyük (700 yatak kapasitesinden daha fazla) bölgesel nitelikli hastanelere kadar uzanan bir yelpazeyi kapsamaktadır. Uygulama aşamasında bu farklı ölçekleri yansıtabilecek bir örneklem seçilmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda 4 farklı ilde konuşlu, 9 farklı kamu sağlık kuruluşunun yönetim ekiplerine başvurulmuştur. İllerin ve kurumların seçimi erişim imkanları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. İllerden ikisi İç Anadolu Bölgesinde, biri Karadeniz Bölgesinde ve diğeri ise Akdeniz Bölgesinde yer

almaktadır. Uygulama hastaneleri ise 30 yatak kapasiteli bir ilçe hastanesinden 1000 yataklı bir devlet hastanesine kadar farklılık göstermektedir.

Çalışmada yer alan hastanelerde farklı sağlık hizmeti sunumları farklı ölçeklerde gerçekleştirilmektedir. Hastanelerden bazılarında listede yer alan tüm branşlar bulunurken bazılarında bunların bir kısmı eksiktir. Genel itibarı ile yukarıda belirlenen yapı, süreç ve çıktı ölçütleri devlet hastanelerinde yaygın olarak sunulan hizmetleri kapsayan, ayrıca hizmet sunum hacmi olarak da hastane faaliyetlerinde önemli paya sahip olan ölçütlerden oluşmaktadır. Veri toplama aracının geliştirilmesi esnasında ölçüt seçimlerinde, uzmanlardan bu doğrultuda yardım alınmıştır. Aşağıdaki tabloda araştırmada yer alan hastanelerde sağlık hizmeti sunumu yapılan branşlar gösterilmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan tüm hastanelerde acil sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir. Ancak acil sağlık hizmeti sunumu pek çok sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmeti olarak değerlendirildiği için ilgili performans ölçütleri araştırma kapsamında yer almamaktadır. Genel cerrahi ve dahili tıp branşları ve dış hastalıkları da genel olarak yaygın bir biçimde sunulmaktadır. Ancak yüksek düzeyde uzmanlaşma gerektiren onkoloji, immünoloji ve alerji, romatoloji ve spor hekimliği gibi hizmetler sadece en büyük ve en gelişmiş hastanelerde sunulmaktadır. Bu da ikinci basamak sağlık kurumlarının geneli için seçilecek olan performans ölçütlerinin, yaygın olarak sunulan tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşması gerekliliğini ortaya koyan bir olgudur. Haliyle ölçütlerde kadın doğum, dahiliye, nöroloji, ortopedi ve kardiyoloji gibi yaygın branşlara ilişkin ölçütler yer almakla beraber, onkoloji spor hekimliği veya romatoloji gibi branşlara ilişkin ölçütler yer almamaktadır.

Tablo 21. Araştırmada Yer Alan Sağlık Kurumlarının Özellikleri

Branş	Hastane	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9
Acil Servis		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anesteziyoloji ve Reanimasyon			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Biyokimya / Mikrobiyoloji			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Beyin Cerrahi						✓	✓	✓	✓	✓
Çocuk Cerrahi						✓	✓	✓	✓	✓

Çocuk Hastalıkları	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dahiliye	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dermatoloji			✓		✓	✓	✓	✓	✓
Endokrinoloji					✓	✓	✓	✓	✓
Enfeksiyon Hastalıkları			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gastroenteroloji					✓	✓	✓	✓	✓
Genel Cerrahi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Göğüs Cerrahi						✓	✓	✓	✓
Göğüs Hastalıkları	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Göz			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hematoloji						✓		✓	✓
İmmünoloji ve Alerji					✓			✓	✓
Kadın Hastalıkları ve Doğum	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓
Kalp Damar Cerrahi				✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kardiyoloji	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kulak Burun Boğaz	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nefroloji					✓	✓	✓	✓	✓
Nöroloji			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ortopedi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Patoloji				✓	✓	✓		✓	✓
Plastik ve Rek. Cerrahi				✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psikiyatri		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Radyoloji	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Radyasyon Onkoloji						✓		✓	✓
Spor Hekimliği								✓	✓
Tıbbi Onkoloji						✓		✓	✓
Üroloji		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
YATAK SAYISI (yaklaşık)	30	100	150	300	500	600	500	1000	900

Araştırma kapsamında yer alan dokuz farklı hastanede, 153 yönetici personel tespit edilmiştir. Bu hastanelerin her biri için birer başhekim, müdür ve başhemşire bulunmaktadır. Ancak hastane büyüklüğüne göre bir veya birden fazla başhekim yardımcısı, müdür yardımcısı, başhemşire yardımcısı ve kalite koordinatörü bulunabiliyorken, hastanenin yeterli büyüklükte olmaması durumunda bunlardan hiçbiri bulunmayabilmektedir. H1 olarak kodlanan hastane 30 yataklı ilçe hastanesi olduğu için burada sadece 3 yönetici çalışmaktadır. H8 kodlu hastane ise 1000'in üzerinde yatak kapasitesine sahip bir hastane olduğu için burada 11 başhekim yardımcısı, 11 müdür yardımcısı, 11 başhemşire yardımcısı ve kalite yönetimi biriminden sorumlu bir

kalite koordinatörü çalışmaktadır. Diğer hastanelerde yer alan yönetim ekiplerinin büyüklüğü de yatak sayısı ve sunulan hizmet çeşitliliği doğrultusunda farklılık göstermektedir

Çalışmada yer alan hastanelerin yönetim ekibi üyelerinin dağılımı aşağıdaki Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22. Araştırmada Yer Alan Sağlık Kurumlarının Yönetim Ekiplerinin Dağılımı

Yönetim Rolü	Sayı
Başhekim	9
Başhekim Yardımcısı	38
Müdür	9
Müdür Yardımcısı	40
Başhemşire	9
Başhemşire Yardımcısı	43
Kalite Koordinatörü	5
Toplam	153

Seçilen 9 hastanenin yönetim ekipleri tespit edildikten sonra, yönetim ekibinde yer alan her bir katılımcı için bir katılımcı kodu tayin edilip, üzerinde katılımcı kodunun ve isminin yer aldığı, kişiye özel bir veri toplama aracı hazırlanmıştır. Daha sonra bu hastaneler ziyaret edilerek yöneticiler ile görüşülerek araştırmanın tanıtımı yapılarak kendilerinden araştırmaya katılımları rica edilmiştir. Bu kapsamda ulaşılabilen yöneticilerden bir kısmı araştırmaya katılmayı kabul ederken bir kısmı reddetmiştir. Katılıma gönüllü olan yöneticilere kendileri için hazırlanan veri toplama aracı tanıtılarak nasıl doldurulacağı açıklanmış, daha sonra herhangi bir soru veya sorunla karşılaşmaları durumunda araştırmacı ile temasa geçebilmeleri için gerekli iletişim bilgileri verilmiştir. Veri toplama araçlarının geri toplanmasında ise araştırmaya katılmayı kabul eden ancak verilen süre sonunda veri toplama aracını doldurmayan veya teslim etmeyen katılımcılar da olmuştur. Delphi uygulamasının birinci turuna katılıma ilişkin veriler Tablo 23’de gösterilmektedir.

Tablo 23. Araştırmanın Birinci Turuna Katılıma İlişkin Veriler

Yönetici	Mevcut Sayı	Görüşülen Sayı	Katılan Sayı	Geri dönüşü sağlanan sayı	Geri Dönüş oranı
Başhekim	9	7	7	6	86%
Başhekim Yardımcısı	38	27	23	19	82%
Müdür	9	6	5	3	60%
Müdür Yardımcısı	40	26	18	6	33%
Başhemşire	9	8	7	5	71%
Başhemşire Yardımcısı	43	21	14	8	57%
Kalite Koordinatörü	5	3	3	2	66%
Yönetici Toplamı	153	98	77	49	64%

Ayrıca yukarıdaki sayılara ek olarak 3 bakanlık müfettişinin de çalışmaya katılımı sağlanmıştır. Bakanlık müfettişlerinin çalışma kapsamına dahil edilmesinin nedeni mevzuat gereğince müfettişlerin ve bağlı oldukları Denetim Hizmetleri Başkanlığının sağlık bakanlığı ve bağlı birimlerin performans denetimini üstlenmiş olmasıdır. Bakanlık müfettişlerinin katılım ve geri dönüş oranları %100 düzeyindedir. Çalışmanın birinci turundaki katılımcıların üstlendikleri yönetsel görev, buradaki deneyim süreleri, daha önceki yöneticilik tecrübeleri, eğitim gördükleri saha, aldıkları yönetim/yöneticilik eğitimi ve bu eğitimin düzeyine ilişkin bilgiler Tablo 24’de sunulmaktadır.

Tablo 24. Katılımcılar ve Özellikleri

Katılımcı No	Görev	Süre (Yıl)	Önceki Yönetim Deneyimi	Süre (Yıl)	Eğitim Gördüğü Alan	Yönetim Eğitimi Gördüğü Konular	Yönetim Eğitimi Düzeyi
1	Başhekim	3	Başhekim Yardımcısı	4	Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Meslekiçi Eğitim
2	Başhekim	5	Başhekim Yardımcısı	12	Tıp		
3	Başhekim	5	Başhekim Yardımcısı	2	Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Lisansüstü hariç birden fazla düzey
4	Başhekim	1	Başhekim Yardımcısı	2	Tıp		
5	Başhekim	8	Başhekim Yardımcısı	3	Tıp	Birden Fazla Konu	Meslekiçi Eğitim
6	Başhekim	3	Başhekim Yardımcısı	4	Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Meslekiçi Eğitim
7	Başhekim Yardımcısı	5			Tıp		
8	Başhekim Yardımcısı	4			Tıp		
9	Başhekim Yardımcısı	5			Tıp		
10	Başhekim Yardımcısı	1			Tıp		
11	Başhekim Yardımcısı	1			Tıp		
12	Başhekim Yardımcısı	1			Tıp	Genel Yönetim	Önlisans / Lisans
13	Başhekim Yardımcısı	4	Başhekim Yardımcısı	2	Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Lisansüstü
14	Başhekim Yardımcısı	5			Tıp		
15	Başhekim Yardımcısı	7			Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Lisansüstü

16	Başhekim Yardımcısı	4			Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Önlisans / Lisans
17	Başhekim Yardımcısı	2			Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Önlisans / Lisans
18	Başhekim Yardımcısı	10			Tıp		
19	Başhekim Yardımcısı	8			Tıp	Birden Fazla Konu	Lisansüstü dahil birden fazla düzey
20	Başhekim Yardımcısı	6			Tıp	İşletmecilik	Önlisans / Lisans
21	Başhekim Yardımcısı	9			Tıp	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Önlisans / Lisans
22	Başhekim Yardımcısı	6			Tıp	Birden Fazla Konu	Meslekiçi Eğitim
23	Başhekim Yardımcısı	5			Tıp	Genel Yönetim	Sertifika
24	Başhekim Yardımcısı	4			Tıp		
25	Başhekim Yardımcısı	2			Tıp		
26	Müdür	6	Müdür Yardımcısı	3	İdari Bilimler	Birden Fazla Konu	Lisansüstü
27	Müdür	2			İdari Bilimler	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Sertifika
28	Müdür	25			Diğer alanlar		
29	Müdür Yardımcısı	11			İdari Bilimler	İşletmecilik	Lisansüstü
30	Müdür Yardımcısı	7			İdari Bilimler	Genel Yönetim	Lisansüstü
31	Müdür Yardımcısı	4			Sağlık Bilimleri	Birden Fazla Konu	Lisansüstü dahil birden fazla düzey
32	Müdür Yardımcısı	18			Sağlık Bilimleri	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Önlisans / Lisans
33	Müdür Yardımcısı	12	Başhemşire Yardımcısı	5	Sağlık Bilimleri	Genel Yönetim	Önlisans / Lisans
34	Müdür Yardımcısı	4			İdari Bilimler	İşletmecilik	Lisansüstü hariç birden fazla düzey
35	Başhemşire	1			Sağlık Bilimleri		
36	Başhemşire	20	Kalite Koordinatörü	6	Sağlık Bilimleri	Yönetim ve Organizasyon	Lisansüstü

37	Başhemşire	5	Başhemşire Yardımcısı	2	Sağlık Bilimleri	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Lisansüstü hariç birden fazla düzey
38	Başhemşire	8			Sağlık Bilimleri	Genel Yönetim	Meslekiçi Eğitim
39	Başhemşire	3	Başhemşire Yardımcısı	3	Sağlık Bilimleri	Genel Yönetim	Meslekiçi Eğitim
40	Başhemşire Yardımcısı	1	Müdür Yardımcısı	1	Sağlık Bilimleri	Yönetim ve Organizasyon	Lisansüstü hariç birden fazla düzey
41	Başhemşire Yardımcısı	1	Müdür Yardımcısı	4	Sağlık Bilimleri	Genel Yönetim	Lisansüstü hariç birden fazla düzey
42	Başhemşire Yardımcısı	6	Başhemşire Yardımcısı	6	Sağlık Bilimleri	Yönetim ve Organizasyon	Lisansüstü
43	Başhemşire Yardımcısı	4	Başhemşire Yardımcısı	4	Sağlık Bilimleri	Genel Yönetim	Lisansüstü hariç birden fazla düzey
44	Başhemşire Yardımcısı	5			Sağlık Bilimleri		
45	Başhemşire Yardımcısı	3			Sağlık Bilimleri		
46	Başhemşire Yardımcısı	8			Sağlık Bilimleri		
47	Başhemşire Yardımcısı	5			Sağlık Bilimleri		
48	Kalite Koordinatörü	3			Sağlık Bilimleri	Genel Yönetim	Önlisans / Lisans
49	Kalite Koordinatörü	1			İdari Bilimler	Hastane-Sağlık Kurumları Yönetimi	Önlisans / Lisans
50	Bakanlık müfettişi				Diğer alanlar		
51	Bakanlık müfettişi				Tıp		
52	Bakanlık müfettişi				Tıp		

Buna göre, katılımcıların 6'sı (%12) başhekim, 19'u (%40) başhekim yardımcısı, 3'ü (%6) hastane müdürü, 6'sı (%12) müdür yardımcısı, 5'i (%10) başhemşire, 8'i (%16) başhemşire yardımcısı ve 2'si (%4) kalite koordinatörü unvanı ile hastane yönetiminde yer almaktadır. Hastane müdür, müdür yardımcısı ve kalite koordinatörleri idari işlerle ilgilenen kadrolar iken diğer kadrolarda yer alan yöneticiler hem tıbbi hem de idari işlerle ilgilenmektedir. Bu doğrultuda, katılımcıların 38'i (%78) tıbbi ve idari işlerle ilgilenen yöneticiler iken 11'i (%22) idari işlerle ilgilenen yöneticilerden oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim alanları da yönetsel rollerine uygun bir dağılım göstermektedir. Katılımcıların 41'i (%84) tıbbi bilimler ve ilgili alanlarda eğitim görmüş kişilerden oluşurken 7'si (%14) idari bilimler alanlarında ve 1'i (%2) bunlar dışında kalan diğer alanlarda eğitim görmüştür.

Başhekim ve başhekim yardımcılarının mevcut kadrolarında sahip oldukları ortalama deneyim süresi 7,5 yıldır. Katılımcıların 7'si (%28) hastane yönetiminde, mevcut görevlerinin öncesinde deneyime sahiptir. Önceki deneyimlerin tamamı başhekim yardımcısı rolünde ve ortalama süresi 4 yıldır. Başhekim ve başhekim yardımcılarının 14'ü (%56) yönetim veya yöneticilik eğitimi görmüştür. Bu 14 katılımcının 1'i işletmecilik, 2'si genel yönetim, 8'i hastane-sağlık yönetimi alanlarında, 3'ü ise bu alanların birden fazlasında eğitim görmüştür. Bu katılımcıların 5'i aldıkları yönetim eğitimini önlisans/lisans düzeyinde, 2'si lisansüstü eğitim düzeyinde, 4'ü mesleki eğitim kapsamında, 1'i sertifika eğitimi düzeyinde, 1'i lisansüstü eğitim hariç birden fazla düzeyde ve 1'i lisansüstü dahil birden fazla düzeyde görmüştür. Katılımcılarla yapılan yüz-yüze görüşmelerde, özellikle başhekim ve başhemşire yardımcılarını yaygın bir biçimde lisansüstü yönetim eğitimine başlama niyeti ve girişimleri olduğunu da ifade etmiştir. Bu doğrultuda özellikle uzaktan eğitim modeline dayalı lisansüstü düzeyde sağlık kurumları yönetimi eğitim programları sunan vakıf üniversiteleri ön plandadır. Araştırma kapsamında yöneticilerin sahip oldukları, diğer bir ifadeyle tamamlayarak belgelendirebildikleri eğitimler sorulduğu için, hali hazırda lisansüstü eğitim sürecinde yer alan yöneticilerden bu eğitimlerle ilgili veri toplanmamış ancak yüz yüze görüşmeler esnasında ifade ettikleri durum ve niyetleri göz önünde bulundurularak bu sonuca ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan 13 başhemşire ve başhemşire yardımcısının mevcut konumlarında sahip oldukları ortalama deneyim süresi 5 yıldır. Bu katılımcıların 7'si (%54) daha önce de hastane yönetimi tecrübesine sahiptir. Başhemşire ve başhemşire yardımcılarının 2'si (%15) müdür yardımcısı, 4'ü (%31) başhemşire yardımcısı ve 1'i (%8) kalite koordinatörü olarak daha önce hastane yönetiminde rol almıştır. Başhemşire ve başhemşire yardımcılarının ortalama önceki deneyim süresi 4 yıldır. Başhemşire ve başhemşire yardımcılarının 8'i yönetim veya yöneticilik eğitimi görmüştür. Bu 8 katılımcının 1'i hastane-sağlık kurumları yönetimi, 3'ü yönetim ve organizasyon ve 4'ü genel yönetim eğitimi görmüştür. Bu eğitimlerin 2'si lisansüstü düzeyde, 3'ü mesleki eğitimi ve 3'ü lisansüstü hariç birden fazla düzeyde gerçekleşmiştir.

Katılımcıların 11'i hastane müdürü, müdür yardımcısı ve kalite koordinatörü unvanı ile hastane yönetiminde rol almaktadır. Bu katılımcıların 3'ü tıbbi bilimler ve ilgili alanlarda, 7'si işletme ve benzeri idari bilimler alanlarında, 1'i ise diğer alanlarda eğitim görmüştür. İdari yöneticilerin ortalama deneyim süresi 8,5 yıldır. İdari yöneticilerin sadece 2'si önceden yönetim deneyimine sahiptir. Bu katılımcıların 1'i müdür yardımcılığı, 1'i de başhemşire yardımcılığı deneyimine sahiptir. Bu iki katılımcının ortalama önceki deneyim süresi 4 yıldır. İdari yöneticilerin 10'u yönetim veya yöneticilik eğitimi almış olup sadece 1'i böyle bir eğitim görmemiştir. Yönetim eğitimi gören 10 katılımcının 2'si işletmecilik, 3'ü hastane-sağlık kurumları yönetimi, 3'ü genel yönetim konularında, 2'si ise birden fazla konuda yönetim eğitimi almıştır. İdari yöneticilerin 4'ü önlisans-lisans düzeyinde, 3'ü lisansüstü düzeyde, 1'i sertifika eğitimi düzeyinde, 1'i lisansüstü hariç birden fazla düzeyde, 1'i ise lisansüstü dahil birden fazla düzeyde yönetim veya yöneticilik eğitimi almıştır.

Katılımcıların tümü değerlendirildiğinde, mevcut konumlarındaki ortalama deneyim süresinin yaklaşık 6 yıl olduğu görülmektedir. Katılımcıların 16'sı (%33) daha önce yönetim deneyimine sahipken 33'ünün (%67) yönetim deneyimi olmamıştır. Katılımcıların 32'si (%65) yönetim veya yöneticilik eğitimi aldığını ifade etmiştir. Daha önce de ifade edildiği üzere burada katılımcıların tamamlamış olduğu eğitimler söz konusudur. Dolayısıyla yönetim veya yöneticilik eğitimi almakta olan ancak bu eğitimi henüz tamamlamamış katılımcılar da söz konusudur. Katılımcıların 3'ü (%6)

işletmecilik, 12'si (%25) hastane-sağlık kurumları yönetimi, 3' yönetim ve organizasyon (%6), 9'u (%17) genel yönetim eğitimi almış, 5 katılımcı (%10) ise birden fazla konuda yönetim/yöneticilik eğitimi almıştır. Katılımcıların 9'u (%18) bu eğitimleri nlisans-lisans düzeyinde, 7'si (%14) lisansüstü düzeyde, 7'si (%14) meslekii eğitim bağlamında, 2'si (%4) sertifika eğitimi kapsamında, 5'i (%10) lisansüstü hariç birde fazla düzeyde, 2'si (%4) ise lisansüstü dahil olmak üzere birden fazla düzeyde almıştır. Buradan anlaşıldığı üzere katılımcıların 9'u (%18) lisansüstü düzeyde yönetim veya yöneticilik eğitimi almıştır. Katılımcılar arasında yönetim veya yöneticilik konularında lisansüstü eğitimlerini sürdürenler bulunmaktadır. Ancak, söz konusu katılımcılar bu eğitimlerini henüz tamamlamamış olduğu için durumları bu rakamlara yansımamaktadır.

6.3. Birinci Tur Delphi Uygulaması

Birinci tur Delphi uygulaması kapsamında önceden belirlenen 9 hastane ziyaret edilmiştir. Hastanelerde ilk görüşülen kişi başhekimdir. Başhekime ulaşılamaması durumunda ise ulaşılabilen başhekim yardımcılarında biri ile görüşülmüştür. İki hastanede başhekimler izinli veya şehir dışında görevli olduğu için başhekimlerle grşlememiştir. Başhekimlerle yapılan görüşmede tanışmanın ardından çalışmanın konusu, amacı, kapsamı ve yöntemi hakkında bilgi verilerek katılımları ve hastanedeki diğer yöneticilerle görüşme için izin istenmiştir. Hastane seçimi erişim temelli olarak gerçekleştirildiği için ilgili hastanelerde araştırmaya izin verilmemesi gibi bir sorunla karşılaşılmamıştır.

Yapılan görüşmelerde araştırma hakkında bilgi verilmesinin ardından katılıma gönüllü olan yöneticilere kendileri için hazırlanmış veri toplama aracı verilerek nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmacıya ulaşmak istemeleri durumunda gerekli olan iletişim bilgilerinin de veri toplama aracının n sayfasında yer aldığı ifade edilmiştir. Araştırmacının yöneticilerle tanışmasını da içeren bu aşama, yöneticinin meşgul ve yoğun olduğu durumlarda 5 dakikalık kısa bir sürede gerçekleşebildiği gibi, bazı ekstrem durumlarda 1 saatin üzerinde bir süre sürmüştür.

Pek çok durumda katılımcı adayları veri toplama aracını incelemek isteklerini belirtmişler ve zamanları olması durumunda incelemeyi araştırmacı varken

yapmışlardır. Bu aşamada pek çok soru ile karşılaşmıştır. Çokça tekrarlanan soru veri toplama aracında yer alan ölçütlerin nereden ve nasıl bulunarak derlendiğine ilişkindir. Bununla ilgili olarak çalışmada yer alan açıklamalar kendilerine yapılmış ve bu araştırmaya gereksinim duyulmasının nedeninin ülkemizde kullanılan benzer bir performans ölçümü sistemi olmaması olduğu ifade edilmiştir.

Bu aşamada hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerde araştırmacının böyle bir ölçüm sistemine ilişkin ülkemizde bir ihtiyaç olduğuna dair kanaatini güçlendirici ve araştırmacıyı cesaretlendirici geri bildirimler elde edilmiştir. Özellikle H7 hastanesi başhekim yardımcılarında biri ile yapılan ve bir saatin üzerinde süren görüşmede ülkemizde mevcut performans yönetimi sisteminin eksiklikleri ve neden olduğu sorun ve aksaklıklar hakkında çok önemli bilgiler edinilmiştir. Diğer hastanelerde ve diğer yöneticiler ile yapılan görüşmelerde de belirtilen pek çok hususun tamamına yakını çok iyi bir şekilde anlatan söz konusu yönetici, performans ölçümünün temel sonucunun performans gelişimi olması gerektiğini, ancak uygulanmakta olan sistemin, yapısı gereği tam tersine performansı azaltıcı bir etkisi olduğunu ifade etmiştir. Sonuç ve çıktılar üzerine odaklanmayan, üretilen sağlık hizmetinin niteliğinden ziyade miktarı ile ilgilenen performans dayalı ücret sisteminin pek çok durumda hekimin gelişimini engelleyici, hastanın aldığı sağlık hizmetinin ise kalitesini düşürücü, genel olarak ise sistem verimliliğini azaltıcı etkileri olduğunu pek çok örnekle açıklamıştır. Hatta mevcut sistemin geliştirilmesinde, araştırmacı tarafından yürütülen çalışmadakine benzer bir yaklaşım ve yöntemin izlenmiş olması durumunda, kullanılmakta olandan çok daha iyi bir performans ölçümü ve yönetimi sisteminin ortaya çıkabileceğini ifade ederek ölçüt belirlemede çok taraflı katılımın ve çok boyutlu ölçüm sistemlerinin önemini vurgulamıştır.

Mevcut sisteme ilişkin benzer ve farklı çok sayıda eleştiri gerçekleştirilen görüşmelerin çoğunda dile getirilmiştir. Hatta uygulanmakta olan performans ölçümlerinden memnuniyetini belirten bir yöneticiyle karşılaşmadığı bile ifade edilebilir. Bu ise araştırmacının ikinci basamak sağlık kuruluşlarında kurumsal performans ölçütlerine ihtiyaç olduğuna ilişkin varsayımını destekleyici olarak algılanmıştır.

Birinci tur Delphi uygulamasında, ekte yer alan veri toplama aracı katılımcılara dağıtılarak listede yer alan ölçütleri hastanelerde kurumsal performansı ölçmede yararlılık, hastaneler arasında anlamlı kıyaslamalar yapmaya izin verme ve performans gelişimi için gerekli alanların tespit edilmesinde kullanışlılık açısından 1-10 puan aralığında değerlendirmeleri istenilmiştir. Değerlendirmede 1 en düşük önem düzeyini, 10 ise en yüksek önem düzeyine belirtmektedir.

Araştırmacı katılımcılara veri toplama formunu verdikten yaklaşık 5-7 gün sonra hastaneye tekrar giderek ilgili yöneticileri ziyaret etmiştir. İkinci ziyarette veri formunu doldurmuş olan katılımcılara teşekkür edilerek veri formu alınmış, henüz doldurmamış olan yöneticilere ise katılımcılarının araştırmacı açısından ne kadar önemli ve değerli olduğu hatırlatılarak, 3-4 gün ek süre verilmiştir. Bazı hastane ve yöneticilere 2-3 ek ziyaret yapılmıştır.

Delphi çalışmasının birinci turuna katılmayı kabul eden yönetici sayısı 77, veri toplama aracını doldurarak araştırmacıya geri teslim eden yönetici sayısı ise 49 olmuştur. Bu ise % 64'lük bir geri dönüş oranına karşılık gelmektedir. Geri dönüş oranının, yüz-yüze görüşme ile başlatılan bir çalışma için düşük olduğu düşünülebilir. Ancak, hastane yöneticilerinin bu tür faaliyetlere ayırabilecekleri vakitlerinin az oluşu, veri toplama formunun çok ayrıntılı ve kapsamlı bulunmasının yanı sıra madde sayısının da (107) göz korkutucu olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Formun geliştirilmesi, pilot uygulama ve ana uygulama sürecinde veri toplama formunun kesintisiz bir biçimde doldurulmasının 2 saate yakın bir süre aldığı gözlemlenmiştir. Hem bu sürenin bir hastane yöneticisi açısından kesintisiz olarak bu faaliyete ayrılmasındaki olanaksızlık hem de katılımcıların bir an önce veri toplama aracından kurtulma isteğinin oluşmaması amacıyla cevaplama için olabildiğince uzun süre (5-7 gün) tanınmıştır. Ayrıca, geri dönüşü arttırmaya yönelik olarak yapılan ek ziyaretlerde verilen ek süreler de olabildiğince uzun (3-4 gün) tutulmuştur. Netice olarak 3-4 ziyarete rağmen, Tablo 23'te görüldüğü üzere geri dönüş sağlanamayan katılımcılar olmuştur.

Araştırmada yer alan ilk 49 ölçüt; cerrahi ve dahili tıp çıktı ölçütleri, cerrahi ve dahili tıp süreç ölçütleri ve yapısal ölçütler sağlık hizmeti sunumunun teknik boyutları ile ilgili olduğu için bunlara ilişkin değerlendirme tıbbi alan bilgisi gerektirmektedir. Bu

husus yapılan görüşmeler esnasında hem idari hem de tıbbi yöneticiler tarafından dile getirilmiş, idari yöneticiler çoğunlukla bu ölçütlere ilişkin değerlendirme yapmak istemediklerini ifade etmiştir. Bu doğrultuda katılımcılara değerlendirme yapmak istemedikleri değişkenlerde her hangi bir değerlendirme yapma zorunlulukları olmadığı ifade edilmiştir. Dolayısıyla ilk 49 ölçütte idari yöneticiler yaygın olarak değerlendirme yapmamış, hatta istisnai olarak bazı tıbbi ölçütlerde değerlendirme yapmayan tıbbi idareciler de olmuştur. Her bir değişkene ilişkin değerlendirme yapan katılımcı sayıları her bir tur için ekte ayrı ayrı verilen frekans tablolarında yer almaktadır.

Birinci tur Delphi uygulamasında veri toplama formlarının toplanmasının ardından elde edilen veriler MS Excel tablosu olarak kodlanmış, ardından SPSS 20 istatistik paket programına yüklenmiştir. SPSS yazılımının özel tablolar işlevi kullanılarak verilerin analizi gerçekleştirilmiştir. Veri analizinde merkezi eğilim ve dağılım ölçütlerinden yararlanılmıştır. Her bir ölçüt için merkezi eğilim ölçütü olarak aritmetik ortalama, mod ve medyan, dağılım ölçütleri olarak ise standart sapma, ilk çeyrek, son çeyrek ve ranj hesaplanmıştır. Ayrıca Delphi tekniği uygulamalarında sıkça uygulandığı üzere frekans tabloları üzerinden uzlaşma hesaplaması da yapılmıştır. Daha sonra Excel'e tekrar aktarılan bu tablolarda ilk ve son çeyrek dilim farkları (interquartile difference) hesaplanmıştır.

Aritmetik ortalama geçerli katılımcıların her bir ölçüt için verdiği puan ortalamasını ifade etmektedir. Mod örneklemin en sık verdiği puanı, medyan ise geçerli örneklemin yarı sayısında yer alan katılımcının verdiği puanı ifade etmektedir. Katılımcıların vermiş oldukları puanlara göre küçükten büyüğe doğru sıralanması halinde toplam katılımcı sayısının $\frac{1}{4}$ üncü elemanının vermiş olduğu puan ilk çeyreklik dilimin sınırını, $\frac{3}{4}$ üncü elemanının vermiş olduğu puan ise son çeyreklik dilimin sınırını vermektedir. Bu çeyreklik dilimler arasındaki fark Delphi tekniğince öngörülen uzlaşma hesaplama yöntemlerinden birisi olarak (Şahin, 2001; Rayens ve Hahn, 2000) yer almaktadır. Analiz sonuçları performans ölçütlerinin yer aldığı sınıflandırmalar itibarı ile aşağıda yer alan tablolarda gösterilmektedir.

Tablolarda yer alan alanlar sırasıyla ölçüt numarası, ölçüt adı, katılımcılar tarafından verilen puanların medyan ve aritmetik ortalaması, değerlendirmelerin standart

sapması, son çeyrek ve ilk çeyrek arasındaki fark ve katılımcıların her bir ölçüt için 8 puan ve üzerinde değerlendirme yapan yüzdesi olarak ifade edilen uzlaşma yüzdesidir. Karar sütununda ise belirlenmiş karar kriterleri doğrultusunda ölçüte ilişkin verilen kararı ifade etmektedir.

Literatürde veri toplama için oluşturulan anketin 3, 5, 7 veya 9 seçenekli Likert tarzı ölçek ve 10 veya 100 üzerinden puanlama yöntemi kullanması yaygın olarak gözlemlenmektedir. Genel itibarıyla, 3 ve 5'li Likert tipi ölçeklerde ilk ve son çeyrek arasındaki farkın 1 puan veya daha az olması uzlaşma olarak kabul edilirken 7'li Likert tipi ölçeklerde uzlaşma eşiği genelde 2 puan olarak ele alınmaktadır. 9 puan üzerine kurulu puanlama sistemlerinde 3 hatta 3,5 puanlık fark uzlaşma göstergesi olarak kabul edilmektedir. Mevcut araştırmada ilk ve son çeyreklik dilimler arasında 2 puan veya daha az fark olması ana uzlaşma kriteri olarak seçilmiştir. Literatürde uzlaşma yüzdesi olarak katılımcıların %51'i, %67'si, %70'i veya farklı bir eşik değerden fazlasının ortak değerlendirmelerde bulunmasının yaygın bir biçimde uzlaşma değişkeni olarak kullanıldığı da görülmektedir. Mevcut araştırmada katılımcıların %51 veya daha fazlasının 8 puan ve üzerinde değerlendirmede bulunması ilgili ölçütün önemliliği konusunda yardımcı uzlaşma ve önem kriteri olarak seçilmiştir.

Uzlaşılan noktanın belirlenmesi için ise aritmetik ortalaması değerinden yararlanılmıştır. Araştırmanın amacı sağlık kurumu yöneticilerince en önemli ve uygun olarak değerlendirilen performans ölçütlerini tayin etmektir. Dolayısı ile seçilecek merkezi eğilimi ölçütünün hem ölçüt elemeyi kolaylaştırıcı hem de ölçütlere atfedilen izafi önem düzeyini hassas bir biçimde ortaya koyabilmesi önemlidir. Mod veya medyanın merkezi eğilim olarak ölçülmesi durumunda elenebilecek ölçüt sayısı çok az olmaktadır. Birinci tur uygulama sonuçlarında medyanı 8 ve üzeri değere sahip, 74, modu 8 ve üzeri olan ise 78 ölçüt saptanmıştır. Aritmetik ortalaması 8 ve üzeri olan ölçüt sayısı ise 41'dir. Buradan hareketle aritmetik ortalamasının ölçütlerin önem düzeyine ilişkin karar vermede daha hassas bir ölçüt olduğu değerlendirilmiştir.

Ölçütlerin önem düzeyi ortalamasının 8 ve üzeri olması durumunda önemli olduğuna, 7'nin altında olması durumunda ise önemsiz olduğuna karar verilmektedir. Ortalamanın 7-7,99 aralığında olması durumunda ise önem düzeyinde uzlaşma

sağlanabilmesi için tekrar değerlendirme yapılması gerektiğine karar verilmektedir. Dolayısıyla, ölçütlere ilişkin değerlendirmeler; uzlaşa ve önem düzeyinin yüksek olduğu durumlarda ölçütün tutulması, önem düzeyinin 7'den düşük olması durumunda ölçütün atılması yönünde karar verilmiştir. Uzlaşa eşiğinin altında yer alan ve önem düzeyi 7'nin üzerinde olan ölçütlerin ise tekrar değerlendirilmek üzere ikinci tur uygulamaya taşınması gerektiğine karar verilmiştir. Dolayısıyla, ikinci tur Delphi uygulamasında katılımcılara üzerinde uzlaşa sağlanan önemli ölçütlere, uzlaşa sağlanamayan önemli ölçütlere ve önem seviyesi 7-7.99 olan uzlaşa sağlanmış ve sağlanamamış ölçütlere ilişkin değerlendirmelerini gözden geçirerek gerekli görmeleri halinde değerlendirme puanlarını değiştirme imkanı verilmektedir. Birinci tur uygulamada katılımcıların cerrahi çıktı ölçütlerine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 25'de gösterilmektedir.

Tablo 25'de görüldüğü üzere 5 cerrahi çıktı ölçütü istenilen önem düzeyi ve uzlaşa düzeyi kriterlerini sağlamaktadır. Ayrıca 2 ölçüt ise listeden çıkartılması için gerekli şartları sağlamaktadır. Bu ölçütler 6 numaralı; kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış ve 7 numaralı; diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış ölçütleridir. Diğer bir ifadeyle bu iki ölçüt hastane yöneticileri açısından hastane performansının ölçümünde yeterli önem düzeyine sahip ölçütler olarak değerlendirilmemiş ve listeden çıkartılmıştır. Kalan ölçütlerden bir tanesi, 2 numaralı; koroner arter bypass graftı mortalite oranı önem eşiği olan 8 puana ulaşmış ancak uzmanlar atfettikleri bu önem düzeyinde uzlaşaya ulaşamamıştır. Cerrahi çıktı ölçütleri sınıfında yer alan diğer ölçütlerde ise önem düzeyi istenilen seviyenin altında olmakla beraber önemsiz olarak sınıflandırılmayacak kadar önem atfedilen ölçütlerdir. Ayrıca bu ölçütlerin bir kısmına ilişkin değerlendirmede istenilen uzlaşa düzeyine ulaşılabilmiş değildir. Dolayısıyla cerrahi çıktı ölçütleri arasında yer alan 17 ölçütün 2 tanesi önemsiz ölçütler olarak listeden çıkartılmış, kalan 15 ölçütün ise katılımcı uzmanlar tarafından tekrar değerlendirilmek üzere ikinci tur uygulamaya taşınmasına karar verilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların Cerrahi Çıktı Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Cerrahi Çıktı Ölçütleri							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar
1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı	8,00	7,26	2,23	4,00	50,00	Tekrar
2	Koroner arter bypass graftı mortalite oranı	8,00	8,00	2,00	3,00	59,50	Tekrar
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı	8,00	7,43	2,09	4,00	50,00	Tekrar
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı	8,00	7,40	2,13	3,00	50,00	Tekrar
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı	8,00	8,00	1,67	2,00	59,50	Tut
6	Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	6,93	1,76	2,00	45,20	At
7	Diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	6,50	6,67	1,92	2,00	40,50	At
8	Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	7,26	1,63	3,00	41,90	Tekrar
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı	8,00	7,79	1,84	3,00	59,50	Tekrar
10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı	7,00	7,64	1,74	2,00	42,90	Tekrar
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı	8,00	7,74	1,91	3,00	61,90	Tekrar
12	Anestezi komplikasyonu oranı	8,00	7,84	1,62	2,00	65,10	Tekrar
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı	9,00	8,70	1,37	2,00	88,40	Tut
14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı	8,00	8,33	1,54	2,00	81,40	Tut
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı	9,00	8,67	1,27	2,00	83,70	Tut
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı	9,00	8,95	1,00	2,00	86,00	Tut
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranı	7,00	7,19	1,79	2,00	44,20	Tekrar

Tablo 26 dahili tıp çıktı ölçütlerine ilişkin birinci tur sonuçlarını göstermektedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere birinci turda çok sayıda dahili tıp çıktı ölçütü elenmiştir. 19 numaralı kalp yetmezliği mortalite oranı, 20 numaralı strok mortalite oranı, 21 numaralı zatürree mortalite oranı, 22 numaralı sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranı, 23 numaralı kalça kırıkları mortalite oranı, 24 numaralı daha önceden

belirlenmiş hastalıklarda mortalite oranı, 26 numaralı akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranı, 27 numaralı kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranı, 28 numaralı zatürree planlanmamış tekrar yatış oranı, 29 numaralı stroke planlanmamış tekrar yatış oranı ve 30 numaralı kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranı ölçütleri önem düzeyi için tespit edilen eşik değerin altında kaldığı için elenmiştir. Elenen değişkenler için ortaya çıkan bu nispi düşük önem seviyesine ilişkin nispeten konsensüs mevcuttur. 19, 20, 22, 23, 24, 26 ve 28 numaralı ölçütler için çeyreklik dilimler arasındaki fark iki veya daha düşüktür. Elenen diğer değişkenler için de çeyreklik dilimler arasındaki fark 3 birimdir. Bu ise değerlendirme puanının nispeten genel konsensüs düzeyinde olduğu olarak yorumlanabilir.

Değerlendirmeye tabi tutulan 14 ölçütün 11'inin ilk aşamada elenmesi dikkat çekicidir. Bu durumu açıklayabilmek için danışman uzmanlardan bazıları ile temasa geçilerek mevcut duruma ilişkin açıklama ve yorumları sorulmuştur. Özellikle cerrahi sonuç ölçütleri ile kıyaslandığında dahili tıp süreç ölçütlerinde sayıca fazla ölçüte ilişkin değerlendirme eşik değerin altında olduğu için elenmektedir. Burada cerrahi tedavi süreçlerinde hekim ve sağlık çalışanlarının üstlendikleri rol ve tedavi süreci üzerindeki kontrolün daha fazla olduğu, dahili tıp tedavi süreçlerinde hekim ve diğer sağlık çalışanlarının yanı sıra, hatta belki de onlardan daha fazla hastanın kendisinin tedavi sürecinde üstlendiği rolün önemine değinilerek elde edilen sonucun başarı veya başarısızlığın sağlık hizmeti sunumu kadar hastanın da kontrolünde olduğu için bu değerlendirmenin olmuş olabileceği ifade edilmiştir. Dahili tıp tedavi süreçlerinin bir kısmı sağlık kurumunda, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının gözetiminde yürütülürken kayda değer önemli bir kısmının bu ortam dışında hastanın kendi kontrolünde gerçekleştiği belirtilmiştir. Ayrıca dahili tıp tedavi süreçlerinde tedavi edilen hastalığın yanı sıra yine hekim kontrolü dışında, hastalığa eşlik edebilecek veya hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek komplikasyonların fazla olabilme olasılığı da bu ölçütlere ilişkin değerlendirmeleri etkilemektedir. Özellikle tedavi süresinin uzun dönemli mobilite kayıplarının içerdiği durumlarda bu tür komplikasyon ve komorbiditelerin öneminin daha büyük olduğu ifade edilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların Dahili Tıp Çıktı Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar
18	Akut myokard enfarktüs mortalite oranı	8,00	7,36	2,01	2,00	50,00	Tekrar
19	Kalp yetmezliği mortalite oranı	7,00	6,55	1,92	1,00	21,40	At
20	Strok mortalite oranı	7,00	6,95	1,69	2,00	34,10	At
21	Zatürree mortalite oranı	7,00	6,93	1,64	3,00	40,50	At
22	Sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranı	7,00	6,73	1,66	2,00	29,30	At
23	Kalça kırıkları mortalite oranı	7,00	6,83	1,54	2,00	42,90	At
24	Belirli hastalıklarda mortalite oranı	7,00	6,98	1,88	2,00	39,50	At
25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı	8,00	7,24	2,29	2,00	56,10	Tekrar
26	Akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	6,71	2,16	2,00	35,70	At
27	Kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranı	6,50	6,38	1,83	3,00	31,00	At
28	Zatürree (Pnömi) planlanmamış tekrar yatış oranı	6,00	6,31	1,91	1,00	21,40	At
29	Strok planlanmamış tekrar yatış oranı	6,00	6,17	1,72	3,00	24,40	At
30	Kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranı	6,50	6,45	1,95	3,00	33,30	At
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	7,07	1,53	2,00	41,90	Tekrar

Tablo 27 katılımcıların cerrahi süreç ölçütlerine ilişkin değerlendirmelerini göstermektedir. Cerrahi süreç ölçütlerine ilişkin değerlendirmenin ortalaması bu değişkenlerin önemsiz veya önemli olarak sınıflandırılmasına izin verecek düzeyde değildir. Her iki ölçüt de ikinci tura taşınarak katılımcılar tarafından tekrar değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Tablo 27. Katılımcıların Cerrahi Süreç Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Cerrahi Süreç Ölçütleri							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı	8,00	7,68	2,17	2,00	65,90	Tekrar
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranı	8,00	7,12	2,29	3,00	56,10	Tekrar

Tablo 28 katılımcıların dahili tıp süreç ölçütlerine ilişkin birinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Dahili tıp süreç ölçütleri 3 spesifik hastalığa yönelik tedavi sürecine ilişkin 15 ölçüt ve yoğun bakım ünitesinde bakıma ilişkin bir ölçütten oluşan 16 ölçüt içermektedir. Dahili tıp süreç ölçütlerine konu olan 3 hastalık, akut myokard enfarktüs, kalp yetmezliği ve stroktur. Dahili tıp süreç ölçütlerinden 4'üne ilişkin değerlendirmenin ortalama puanı 7 eşik değerinin altında olduğu için elenmiştir. Bu dört ölçüt; 36, 39, 42 ve 45 numaralı ölçütlerdir. Ayrıca bu dört ölçüte ilişkin değerlendirmelerde çeyreklik dilimler arası fark 2 veya daha azdır, dolayısıyla elenmelerine neden olan ortalama değerlendirmeye ilişkin konsensüs vardır. Kalan 12 ölçüt katılımcılar tarafından tekrar değerlendirilmek üzere ikinci tur uygulamaya taşınmıştır.

Tablo 28. Katılımcıların Dahili Tıp Süreç Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Dahili Tıp Süreç Ölçütleri

Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşım %	Karar
34	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı	8,00	7,43	2,54	3,00	55,00	Tekrar
35	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranı	8,00	7,44	2,61	3,00	53,70	Tekrar
36	Akut myokard enfarktüs - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör/ARB kullanımı	7,00	6,63	2,26	2,00	43,90	At
37	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici	8,00	7,68	1,93	2,00	56,10	Tekrar
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo	9,00	8,15	2,06	2,00	70,70	Tut
39	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken beta bloklayıcı reçetelenmesi oranı	7,00	6,98	2,45	1,00	43,90	At
40	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın	9,00	8,44	1,38	1,00	82,90	Tut
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranı	7,00	7,37	1,55	1,00	41,50	Tekrar
42	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör veya ARB kullanımı oranı	7,00	6,80	1,95	2,00	36,60	At
43	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın	8,00	8,07	1,71	2,00	68,30	Tut
44	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı	8,00	7,73	1,94	2,00	61,00	Tekrar
45	Strok - Taburcu edilirken statin ilaçları reçetelenmesi oranı	7,00	6,98	2,14	1,00	41,50	At
46	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı	8,00	8,34	1,35	2,00	75,60	Tut
47	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı	8,00	7,93	1,79	3,00	56,10	Tekrar
48	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı	8,00	7,63	2,05	4,00	53,70	Tekrar
49	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı	8,00	7,83	2,06	4,00	62,40	Tekrar

Katılımcıların yapısal ölçütlere ilişkin birinci tur değerlendirmeleri Tablo 29’da gösterilmektedir. Yapısal ölçütleri oluşturan 10 ölçüte ilişkin değerlendirmelerin ortalamaları 7’nin üzerinde olduğu için bu ölçütler arasından önemsiz olarak sınıflandırılarak elenebilecek ölçütlere işaret etmemektedir. 6 ölçüte ilişkin değerlendirmelerde karar kriterlerine göre uzlaşma varken 4’üne ilişkin değerlendirmelerde istenilen düzeyde uzlaşma yoktur. İlgili ölçütlerin tümü ikinci tura taşınarak katılımcıları değerlendirilmesine tekrar sunulmuştur.

Tablo 29. Katılımcıların Yapısal Ölçütlere İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Yapısal Ölçütler							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşma %	Karar
50	Sezaryen doğum oranı	8,00	7,71	1,87	2,00	64,40	Tekrar
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı	8,00	7,30	2,46	3,00	54,50	Tekrar
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranı	8,00	7,73	2,35	3,00	68,90	Tekrar
53	Ameliyathane kullanım oranı	9,00	8,41	1,74	3,00	71,40	Tekrar
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısı	8,00	8,00	1,89	1,00	75,50	Tut
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı	8,00	8,02	1,77	2,00	71,40	Tut
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı	9,00	8,53	1,46	2,00	75,50	Tut
57	Yatak doluluk oranı	9,00	8,43	1,65	3,00	73,50	Tekrar
58	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir)	9,00	8,69	1,11	1,00	87,50	Tut
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı	9,00	8,61	1,26	2,00	81,60	Tut

Tablo 30 katılımcıların finansal ölçütlere ilişkin birinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Finansal ölçütlerin önem düzeyine ilişkin değerlendirmelerin ortalaması 7’nin üzerinde olduğu için bu ölçütlerden elenen olmamıştır. Birinci turda, 60 numaralı likidite ölçütü haricindeki tüm ölçütlere ilişkin değerlendirmelerin ya ortalaması ya da çeyreklik dilimler arası farkla ifade edilen uzlaşma düzeyleri bu ölçütlerin ikinci tur uygulamaya taşınmasını gerektiren düzeydedir. Diğer bir deyişle

ya atfedilen ortalama önem düzeyi bu ölçütlerin önemli ölçütler olarak sınıflandırılması için yeterli düzeyde değildir veya değerlendirmelere ilişkin istenilen düzeyde uzlaşma oluşmamıştır.

Tablo 30. Katılımcıların Finansal Ölçütlere İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Finansal Ölçütler							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşma %	Karar
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı	9,00	8,79	1,38	2,00	78,80	Tut
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranı	8,00	8,12	1,53	2,50	67,30	Tekrar
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı)	7,00	7,67	1,83	2,50	48,10	Tekrar
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı	8,00	7,38	1,81	2,00	55,80	Tekrar
64	Vaka başı ortalama maliyet	8,00	7,90	1,77	2,00	63,50	Tekrar
65	Vaka başı ortalama gelir	8,00	7,88	1,96	3,50	65,40	Tekrar
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri)	9,00	8,38	1,43	3,00	73,10	Tekrar
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri)	9,00	8,42	1,49	3,00	73,10	Tekrar
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı	8,00	7,96	1,67	3,00	54,90	Tekrar

Katılımcıların güvenlik ölçütlerine ilişkin birinci tur değerlendirmeleri Tablo 31’de gösterilmektedir. 3 ölçüt; 71, 74 ve 80 numaralı ölçütler önemli ölçütler olarak sınıflandırılmak için gerekli ortalama önem puanı ve uzlaşma düzeyi kriterlerini sağlamaktadır. 74 ve 80 numaralı ölçütler enfeksiyon ölçütleridir. Özellikle 80 numaralı hastane enfeksiyon oranı ölçütünün 9.04 lük ortalama puanı, uzlaşma düzeyinin çeyreklik dilimler arası fark olarak 1 olması ve katılımcıların %92’sinin bu ölçütü 8 ve üzeri bir puanla değerlendirmesi dikkat çekicidir. Hastane enfeksiyonları ile ilgili olarak katılımcılardan biri tarafından sunulan değerlendirme ölçütün önemini ortaya koymaktadır. Başhekim yardımcısı olan söz konusu katılımcı hastane enfeksiyon oranını ile ilgili olarak “enfeksiyon oranı şans üzeri düşük çıkabilir, ancak yüksek çıkması şans eseri değil o hastanede bir şeylerin düzgün olmadığının

belirtisidir” yorumunda bulunmuştur. Bu da hastane enfeksiyonlarının hastane süreçlerinin pek çoğunu kapsayan önemli bir güvenlik ölçütünün yanı sıra önemli bir çıktı ölçütü de olduğuna işaret etmektedir.

Güvenlik ölçütleri arasında yer alan diğer 10 ölçütün önem veya uzlaşma düzeyleri bu ölçütlerin önemli ölçütler olarak sınıflandırılması için gerekli karar kriterlerini karşılamadığı gibi bunların çıkartılması için gerekli kriteri de karşılamamaktadır. Dolayısıyla 10 güvenlik ölçütüne ilişkin karar verilebilmesi için ikinci tur uygulamaya taşınması gerekmektedir.

Tablo 31. Katılımcıların Güvenlik Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Güvenlik Ölçütleri							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşma %	Karar
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı	9,00	8,08	2,02	3,00	72,00	Tekrar
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranı	8,50	8,22	1,91	3,00	68,00	Tekrar
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı	8,00	8,04	1,71	1,00	78,00	Tut
72	Transfüzyona tepki veya kan uyumsuzluğu oranı	8,00	7,92	2,30	4,00	68,00	Tekrar
73	Düşme ve travma oranı	8,00	7,86	1,93	3,00	68,00	Tekrar
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı	8,00	8,14	1,44	2,00	72,00	Tut
75	Bası yarası oranı	9,00	7,94	1,92	2,00	65,30	Tekrar
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı	7,00	7,00	1,92	2,00	34,00	Tekrar
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı	8,00	7,94	1,25	2,00	69,40	Tekrar
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı	7,00	7,12	1,60	1,00	44,90	Tekrar
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı	7,50	7,23	1,51	1,00	50,00	Tekrar
80	Hastane enfeksiyonları oranı	9,00	9,04	1,06	1,00	91,80	Tut
81	İlaça tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı	8,00	7,90	1,86	2,00	63,30	Tekrar

Katılımcıların hasta memnuniyet ölçütlerine ilişkin birinci tur değerlendirmeleri Tablo 32’de yer almaktadır. Genel itibarıyla hasta memnuniyet ölçütlerine atfedilen önem düzeyi yüksektir. Aynı zamanda katılımcıların bu ölçütlere attettikleri öneme ilişkin uzlaşısı da yüksek düzeydedir. Birinci tur değerlendirmeleri analiz edildiğinde 7 hasta memnuniyet ölçütünden hiç birinin önemsiz olmadığı, hatta 5 değişkenin önemli olarak sınıflandırılmak için gerekli önem ve uzlaşısı düzeyinde olduğu görülmektedir. Sadece bir ölçüt uzlaşısı düzeyi yetersiz olduğu için, bir diğer ölçüt ise hem uzlaşısı hem de önem düzeyi yetersiz olduğu için ikinci tur değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Tablo 32. Katılımcıların Hasta Memnuniyeti Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Hasta Memnuniyet Ölçütleri							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşısı %	Karar
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi	9,00	8,50	1,48	1,00	86,50	Tut
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları	9,00	8,33	1,63	1,00	76,90	Tut
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları	8,00	8,15	1,72	1,50	76,90	Tut
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve	8,00	8,13	1,72	1,50	75,00	Tut
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı	8,00	8,25	1,57	3,00	71,20	Tekrar
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları	8,00	7,83	1,32	2,00	57,70	Tekrar
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözümlenme oranı (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözümlenmeyen	9,00	8,48	1,58	2,00	76,90	Tut

Tablo 33 katılımcıların insan kaynakları ölçütlerine ilişkin birinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Bu sınıfta yer alan 8 ölçüte ilişkin değerlendirmelerinde katılımcıların bu ölçütlere attettikleri önem düzeyi bu değişkenlerin önemsiz olarak sınıflandırılarak araştırmadan çıkartılması için gerekli düzeyden daha yüksektir. Ayrıca katılımcıların bu değişkenlerin biri hariç (89 numaralı ölçüt) diğerlerine ilişkin değerlendirmelerinde, çeyreklik dilimler arası fark

ile ifade edildiği biçimiyle, istenilen düzeyde uzlaşma vardır. Bu sınıfta yer alan 8 ölçütün 2'sine atfedilen önem düzeyi bunları önemli ölçüt olarak sınıflandırmak için yeterli düzeydedir. 89 numaralı ölçütün ise önem düzeyi yüksek olmakla beraber uzlaşma eksiktir. Diğer ölçütlerde ise uzlaşma olmasına rağmen atfedilen önem düzeyi önemli olarak sınıflandırılmaları için gerekli eşik değerin altındadır. Dolayısıyla ölçütler ikinci tura taşınmıştır.

Tablo 33. Katılımcıların İnsan Kaynakları Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

İnsan Kaynakları Ölçütleri									
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşma %	Karar		
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları	8,00	8,33	1,46	3,00	73,10	Tekrar		
90	Çalışan anketleri- sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları	8,00	8,27	1,29	2,00	71,20	Tut		
91	Çalışan anketleri- çalışanların tutumları skorları	8,00	7,92	1,54	2,00	65,40	Tekrar		
92	Fazla mesai süreleri	7,00	7,42	1,68	2,00	48,10	Tekrar		
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri	8,00	8,31	1,39	2,00	76,90	Tut		
94	İşgücü devir oranı	7,00	7,29	1,59	1,00	42,30	Tekrar		
95	İşe gelmeme / Devamsızlık oranı	7,00	7,29	1,73	1,00	42,30	Tekrar		
96	Meslek içi eğitim harcaması (süreleri) miktarı	8,00	7,85	1,49	1,50	61,50	Tekrar		

Tablo 34'ten anlaşıldığı üzere katılımcılar rekabet ölçütlerini önemli bulmakta ve bu değerlendirmelerinde de yüksek düzeyde uzlaşma sergilemektedir. Özellikle 97 ve 98 numaralı ölçütlerde ortalama önem düzeyinin 8,50'nin üzerinde, çeyreklik dilimler arası farkla ifade edilen uzlaşma düzeyinin yüksek olduğu ve katılımcıların yaklaşık %85'inin bu ölçütlerin önemini 8 ve üzeri puanla değerlendirdiği görülmektedir. Tüm rekabet ölçütlerinin medyan değeri de hayli yüksek (medyan=9) bir düzeydedir. Her üç ölçüt de önemli ölçüt olarak sınıflandırılmak için gerekli ortalama önem düzey ve uzlaşma seviyesine sahiptir. Bu ölçütler de ikinci tur da katılımcıların değerlendirmelerini gözden geçirmelerine ve istemeleri halinde tekrar değerlendirmede bulunmaları için ikinci tura taşınmıştır.

Tablo 34. Katılımcıların Rekabet Ölçütlerine İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Rekabet Ölçütleri							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşım %	Karar
97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmak	9,00	8,80	1,18	2,00	86,30	Tut
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmak	9,00	8,65	1,65	2,00	84,30	Tut
99	Pazar payı	9,00	8,04	1,92	2,00	66,00	Tut

Tablo 35 katılımcıların diğer ölçütler olarak sınıflandırılan ölçütlere ilişkin birinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Bu ölçütler hastanenin farklı paydaşları tarafından nasıl algılandığını ve değerlendirildiğini ifade eden ölçütlerdir. Diğer bir ifadeyle paydaşlar nazarındaki imajını veya itibar bileşenlerini ölçmektedir. Üç ölçüt; hastaneye güven, yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı ve hastane imajına ilişkin katılımcıların değerlendirmelerinin ortalama puanı, ölçütlerin önemli olarak adlandırılması için gerekli eşik değer olan 8'in üzerindedir. Bu ölçütlere ilişkin değerlendirmelerde uzlaşım, hem çeyreklik dilimler arası fark (≤ 2) hem de değerlendirmelerinde 8 ve üzeri puan veren katılımcı yüzdesi biçiminde yeterli düzeydedir. Diğer ölçütlerin ortalama puanları 8'in altında ancak 7'nin de üzerinde olduğu için ve bir kısmında istenilen düzeyde uzlaşım olmadığı için bu ölçütlerin ikinci tura taşınması gerekmektedir.

Tablo 35. Katılımcıların Diğer Ölçütlere İlişkin Birinci Tur Değerlendirmeleri

Diğer Ölçütler							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar
100	Hastanenin tanınmışlığı	8,00	7,63	1,91	2,00	57,00	Tekrar
101	Hastaneye güven	9,00	8,67	1,68	2,00	84,60	Tut
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı	8,00	7,81	1,80	2,00	69,20	Tekrar
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı	8,00	8,19	1,51	2,00	97,30	Tut
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algı	8,00	7,40	1,92	3,00	57,70	Tekrar
105	Hastane imajı	9,00	8,12	1,66	2,00	65,40	Tut
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısı	7,00	7,34	1,93	3,00	48,00	Tekrar
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı	7,00	7,12	2,14	3,00	44,90	Tekrar

Birinci tur Delphi uygulamasında elde edilen sonuçlar doğrultusunda 17 ölçütün ortalama önem düzeyi 7'nin altında kaldığı için çıkartılmasına karar verilmiştir. Çıkartılan bu 17 ölçütün 14'ünde çeyreklik dilimler arasındaki fark ise 2,00 veya daha düşüktür. Diğer bir ifade ile çıkartılan 17 ölçütün 14'ünün sahip olduğu düşük ortalama önem düzeyine ilişkin yüksek düzeyde uzlaş vardır. Çıkartılan bu 17 ölçütün 2'si cerrahi çıktı ölçütü, 11'i dahili tıp çıktı ölçütü, 4'ü ise dahili tıp süreç ölçütüdür. Geri kalan 90 ölçütün ise ortalama önem düzeyi 7'00 veya üzerindedir. Elenen ölçütler ve bunlara ilişkin değerlendirmeler Tablo 36'da gösterilmektedir.

Tablo 36. Birinci Tur Delphi Uygulaması Sonucunda Elenen Ölçütler

Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %
6	Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	6,93	1,76	2,00	45,20
7	Diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	6,50	6,67	1,92	2,00	40,50
19	Kalp yetmezliği mortalite oranı	7,00	6,55	1,92	1,00	21,40
20	Strok mortalite oranı	7,00	6,95	1,69	2,00	34,10
21	Zatürree mortalite oranı	7,00	6,93	1,64	3,00	40,50
22	Sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranı	7,00	6,73	1,66	2,00	29,30
23	Kalça kırıkları mortalite oranı	7,00	6,83	1,54	2,00	42,90
24	Belirli hastalıklarda mortalite oranı	7,00	6,98	1,88	2,00	39,50
26	Akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	6,71	2,16	2,00	35,70
27	Kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranı	6,50	6,38	1,83	3,00	31,00
28	Zatürree (Pnömi) planlanmamış tekrar yatış oranı	6,00	6,31	1,91	1,00	21,40
29	Strok planlanmamış tekrar yatış oranı	6,00	6,17	1,72	3,00	24,40
30	Kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranı	6,50	6,45	1,95	3,00	33,30
36	Akut myokard enfarktüs - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitor/ARB kullanımı oranı	7,00	6,63	2,26	2,00	43,90
39	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken beta bloklayıcı reçetelenmesi oranı	7,00	6,98	2,45	1,00	43,90
42	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitor veya ARB kullanımı oranı	7,00	6,80	1,95	2,00	36,60
45	Strok - Taburcu edilirken statin ilaçları reçetelenmesi oranı	7,00	6,98	2,14	1,00	41,50

Birinci tur sonucunda 17 ölçütün çıkartılması sonucunda geriye 90 ölçüt kalmış ve bu 90 ölçüt kullanılarak ikinci tur veri toplama aracı hazırlanmıştır. İkinci turda kullanılan veri toplama aracı eklerde yer almaktadır.

6.4. İkinci Tur Delphi Uygulaması

Birinci tur uygulama sonucunda yapılan elemanın ardından kalan 90 ölçüt ikinci tur uygulamada uzmanlar tarafından tekrar değerlendirilmek üzere bir veri toplama aracı biçiminde uzmanlara iletilmiştir. İkinci tur uygulamada yer alan bu 90 ölçütün dağılımı Tablo 37’de gösterilmektedir.

Tablo 37. İkinci Tur Delphi Uygulamasında Yer Alan Ölçütlerin Dağılımı

Ölçüt sınıfı	Ölçüt sayısı
Çıktı ölçütleri	18
Cerrahi Çıktı Ölçütleri	15
Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri	3
Süreç Ölçütleri	14
Cerrahi Süreç Ölçütleri	2
Dahili Tıp Süreç Ölçütleri	12
Yapı ölçütleri	10
Finansal ölçütler	9
Güvenlik ölçütleri	13
Memnuniyet ölçütleri	7
İnsan kaynakları ölçütleri	8
Rekabet ölçütleri	3
Diğer (Algı ve medya) ölçütler	8
Toplam	90

İkinci tur Delphi uygulamasına 4 farklı ilde konuşlanmış 8 farklı hastaneden 40 yönetici ve 3 Sağlık Bakanlığı müfettişi katılmıştır. İkinci tur uygulamaya katılan hastane yöneticilerinin unvanlarının dağılımı Tablo 38’de yer almaktadır.

Tablo 38. İkinci Tur Delphi Uygulamasına Katılan Yöneticilerin Dağılımı

Yönetici	Sayı
Başhekim	6
Başhekim Yardımcısı	15
Müdür	2
Müdür Yardımcısı	6
Başhemşire	4
Başhemşire Yardımcısı	5
Kalite Koordinatörü	2
Yönetici toplamı	40

İkinci tur Delphi uygulamasında katılımcılara ikinci tur için hazırlanan ve ekte yer alan veri toplama aracı verilmiştir. İkinci tur veri toplama aracında 11 gruba ayrılmış 90 ölçüt yer almaktadır. Araçta 90 değişkenin adı, önerilen hesaplanış biçimi, ölçüte ilişkin birinci tur uygulamada katılımcılar tarafından verilen önem puanının ortalaması, her bir katılımcının kendisinin birinci tur uygulamada ilgili ölçüte verdiği puan ve değerlendirmesini değiştirmek istemesi durumunda tekrar puanlama yapması için gerekli alan yer almaktadır. Ayrıca ikinci tur veri toplama aracının ön sayfasında birinci turda elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntem ve birinci turda elenen ölçütlerde kullanılan eleme kriteri açıklanmıştır. İkinci tur veri toplama aracı, birinci turda olduğu gibi kişiye özel olarak hazırlanmış ve katılımcılara dağıtılmıştır. İkinci tur veri toplama süreci birinci turda gerçekleştirilen sürecin aynısıdır. Katılımcılara formların iletilmesi ve formların geri toplanışı yüz yüze ziyaretler yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Birinci tur uygulamada elenen ölçütlerin haricindeki tüm ölçütler ikinci tur uygulamaya dahil edilmiştir. Birinci tur sonucunda yüksek önem düzeyi ve uzlaşma düzeyine ulaşmış ölçütlerin dahi ikinci tura dahil edilmesinin nedeni katılımcılara birinci tur değerlendirmelerinde istemeleri durumunda değişiklik yapmalarına imkan vermektir. Katılımcıların araştırma kapsamında değerlendirilen ölçütlere ilişkin yaptıkları değerlendirmelerin ölçütlere atfettikleri görece önem düzeyini yansıtabilmesi için bu gereklidir.

İkinci tur veri toplama aracında ilk 4 grupta yer alan 32 ölçüt; cerrahi ve dahili tıp çıktı ölçütleri, cerrahi ve dahili tıp süreç ölçütleri ve yapısal ölçütler sağlık hizmeti sunumunun teknik boyutları ile ilgili olduğu için idari yöneticiler yaygın olarak bu ölçütlere ilişkin değerlendirme yapmamış, hatta istisnai olarak bazı tıbbi ölçütlerde değerlendirme yapmayan tıbbi idareciler de olmuştur. Her bir değişkene ilişkin değerlendirme yapan katılımcı sayıları her bir tur için ekte ayrı ayrı verilen frekans tablolarında yer almaktadır.

Veri analizi için birinci turda kullanılan yöntem kullanılmıştır. Katılımcıların performans ölçütlerine ilişkin ikinci tur değerlendirmeleri tablolar aracılığı ile gösterilmiştir. Birinci turda olduğu gibi ortalama önem düzeyinin 8 ve üzeri olması ölçütün ikinci basamak kamu sağlık kurumlarında kurumsal performans ölçümünde kullanılacak önemli ölçüt olmasına işaret etmektedir. Herhangi bir ölçüte ilişkin değerlendirmede son çeyrek ile ilk çeyreklik dilim arasındaki farkın 2 veya daha az olması öncelikli uzlaş ölçütü olarak değerlendirilirken değerlendirme yapan katılımcıları ölçüte 8 veya üzeri puan veren katılımcı yüzdeleri de destekleyici uzlaş ölçütüdür. Birinci turdan farklı olarak önem düzeyi 8 ve üzeri olan ve uzlaş sağlanan ölçütler birincil performans ölçütleri olarak sınıflandırılırken ortalaması 8'in altında, ancak 7,5'in üzerinde olan ve uzlaş sağlanan ölçütler ikincil performans ölçütleri olarak sınıflandırılmıştır. Ortalaması 7'nin altında olan ölçütler ise önemsiz olarak değerlendirilerek elenmektedir.

İkinci tur uygulamada katılımcıların cerrahi çıktı ölçütlerine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 39'da gösterilmektedir. Tablodan da anlaşıldığı üzere ikinci tur sonucunda 1 numaralı ölçüte ilişkin katılımcıların değerlendirmelerinde uzlaş sağlanmıştır. Birinci turda 4 olan çeyreklik dilimler arası fark 2'ye gerilemiş, ancak ortalama önem puanı da 6,88'e düşmüş, ölçüte 8 puan ve üzeri veren katılımcı yüzdesi de %50'den %38,2'ye gerilemiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda 1 numaralı ölçütün elenmesine karar verilmiştir.

İkinci tur uygulama sonucunda katılımcıların cerrahi süreç ölçütlerine ilişkin değerlendirmelerinin tümünde uzlaş düzeyinin arttığı görülmektedir. Ortalama değeri 8 ve üzeri olan 7 ölçütün uzlaş düzeyini ifade eden son ve ilk çeyreklik dilimler arası fark 2 veya daha düşük, katılımcıların bu ölçütleri 8 ve üzeri bir puanla

değerlendiren yüzdeleri ise %64 ve üzerinde çıkmıştır. İkinci tur sonucunda cerrahi çıktı ölçütleri olarak sınıflandırılan 15 ölçüte ilişkin uzlaşi sağlanmıştır. Bu doğrultuda 1 ölçüt elenmiş, ortalama değeri 8 veya daha büyük olan 7 ölçüt birincil ölçüt, ortalama değeri 7,5-7,99 arasında yer alan 4 ölçüt ise ikincil ölçüt olarak sınıflandırılmıştır. 3 ölçütün ise ortalama değeri bu karar kriterlerini karşılamamış, ancak uzlaşi düzeyi üçüncü bir uygulama turuna gerek görülmeyecek biçimde yüksek çıkmıştır.

Tablo 39. Katılımcıların Cerrahi Çıktı Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Cerrahi Çıktı Ölçütleri									
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşi %	Karar		
1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı	7,00	6,88	1,45	2,00	38,20	At		
2	Koroner arter bypass grafi mortalite oranı	8,00	8,24	1,30	2,00	67,60	Birincil		
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı	7,50	7,59	1,56	2,00	50,00	İkincil		
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı	7,00	7,44	1,35	2,00	41,20			
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı	8,00	8,17	1,42	2,00	74,00	Birincil		
8	Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	7,29	1,47	2,00	42,90			
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı	8,00	7,65	1,32	2,00	58,80	İkincil		
10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı	8,00	8,09	1,42	2,00	64,70	Birincil		
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı	8,00	7,56	1,54	1,00	58,80	İkincil		
12	Anestezi komplikasyonu oranı	8,00	7,80	1,66	2,00	62,90	İkincil		
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı	9,00	8,86	0,97	2,00	91,40	Birincil		
14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı	8,00	8,03	1,15	1,00	80,00	Birincil		
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı	9,00	8,49	1,29	2,00	82,90	Birincil		
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı	9,00	8,91	1,04	2,00	85,70	Birincil		
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranı	7,00	7,34	1,59	2,00	42,90			

Tablo 40 katılımcıların dahili tıp çıktı ölçütlerine ilişkin ikinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Birinci turda en çok ölçütün elendiği bu ölçüt sınıfında ikinci tura 3 ölçüt kalmıştır. Bu ölçütlerden birine, 18 numaralı ölçüte ilişkin değerlendirmelerin ortalaması 8,06, son ve ilk çeyreklik dilim arası fark 2, değerlendirmelerinde ölçüte 8 puan ve üzeri veren katılımcı yüzdesi ise %67,6 olarak gerçekleştirilmiş ve ölçüt birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır. 25 numaralı ölçüt ise ortalama önem düzeyi olarak 7.82 de kalmasına rağmen bu değerlendirme düzeyinde yeterli uzlaş sağlandığı için ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır. Kalan, 31 numaralı ölçütün önem düzeyine ilişkin değerlendirmelerin son ve ilk çeyreklik dilimleri arasındaki fark 1 olarak gerçekleşerek çok yüksek düzeyde uzlaş elde edilmiş ancak katılımcıların bu ölçüte ilişkin atfettiği ortalama önem düzeyi 7,34'te kalmıştır. Ölçütlere ilişkin uzlaş düzeyi yeterince yüksek görüldüğü için üçüncü bir uygulama turu gerekli görülmemektedir.

Tablo 40. Katılımcıların Dahili Tıp Çıktı Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri								
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar	
18	Akut myokard enfarktüs mortalite oranı	8,00	8,06	1,18	2,00	67,60	Birincil	
25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı	8,00	7,82	1,36	2,00	57,60	İkincil	
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	7,34	1,24	1,00	45,70		

Tablo 41 katılımcıların cerrahi süreç ölçütlerine ilişkin ikinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Birinci turda bu sınıfta yer alan iki ölçütün de önem düzeyi eleme veya önemli ölçüt olarak sınıflandırmak için yeterli düzeyde yer almamış, 33 numaralı ölçütte uzlaş sağlanırken 32 numaralı ölçütte istenilen düzeyde uzlaşıya ulaşılamamıştır. İkinci tur uygulamada her iki ölçütün de önem ve uzlaş düzeyinde artış gerçekleşmiştir. 31 numaralı ölçütte görünen önem düzeyi artışı bu ölçütü

birincil ölçüt olarak sınıflandırmak için gerekli değere taşırken 32 numaralı ölçütün ortalama önem puanı ancak ikincil ölçüt olarak sınıflandırılabilir düzeyde gerçekleşmiştir. Her iki ölçütün son ve ilk çeyrek dilimler arası farkı 2, yüzde ile ifade edilen uzlaşma düzeyi ise %64'ün üzerindedir. İlgili ölçütlerin üçüncü tur uygulamaya taşınmasını gerektirecek bir durum görünmemektedir.

Tablo 41. Katılımcıların Cerrahi Süreç Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Cerrahi Süreç Ölçütleri								
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşma %	Karar	
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı	8,00	8,03	1,57	2,00	70,60	Birincil	
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis)	8,00	7,65	1,70	2,00	64,70	İkincil	

Birinci tur Delphi uygulamasında yer alan 16 dahili tıp süreç ölçütünden 4'ü elenerek ikinci turda 12 ölçüt kalmıştır. Bu 12 dahili tıp süreç ölçütüne ilişkin olarak katılımcıların ikinci tur değerlendirmeleri Tablo 42'de yer almaktadır. İkinci tur sonucunda bu sınıfta yer alan ölçütlerin önem düzeyine ilişkin, son ve ilk çeyreklik dilimler arasındaki fark ile ifade edildiği biçimi ile yüksek düzeyde uzlaşma elde edilmiştir. Ancak 4 ölçüte; 38, 40, 43 ve 46 numaralı ölçütler, atfedilen önem düzeyinin ortalaması 8'in üzerindedir ve bu ölçütler birincil performans ölçütleri olarak sınıflandırılmıştır. 6 ölçütün ortalama önem düzeyi ise 7,50 ile 7,99 arasında yer almış ve bu ölçütler de ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır. Geri kalan iki ölçütün ise ortalama önem düzeyi 7,00-7,49 aralığında yer aldığı için bu ölçütler ne elenmiş ne de önemli ölçüt olarak sınıflandırılmıştır. Bu ölçütlere ilişkin değerlendirmelerde yüksek düzeyde uzlaşma sağlandığı için üçüncü tur uygulamaya taşınmasına gerek duyulmamaktadır.

Tablo 42. Katılımcıların Dahili Tıp Süreç Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Dahili Tıp Süreç Ölçütleri								
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar	
34	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı	8,00	7,67	1,80	2,00	54,50	İkincil	
35	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranı	7,00	7,48	1,75	1,00	45,50		
37	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici	8,00	7,94	1,60	2,00	60,60	İkincil	
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo	9,00	8,61	1,09	1,00	81,80	Birincil	
40	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın	9,00	8,61	1,09	1,00	84,80	Birincil	
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranı	7,00	7,21	1,14	1,00	33,30		
43	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın	8,00	8,09	1,77	2,00	66,70	Birincil	
44	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı	8,00	7,97	1,33	2,00	66,70	İkincil	
46	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı	8,00	8,33	1,31	1,00	75,80	Birincil	
47	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı	8,00	7,82	1,69	2,00	54,50	İkincil	
48	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı	8,00	7,64	1,50	1,00	51,50	İkincil	
49	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı	8,00	7,79	1,69	2,00	57,60	İkincil	

Tablo 43 katılımcıların yapısal ölçütlere ilişkin ikinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Birinci tur uygulama sonunda bu ölçüt sınıfında yer alan 10 ölçütten eleme yapılamamış ve 5 ölçüte ilişkin değerlendirme üzerinde istenilen uzlaş düzeyi elde edilmişti. İkinci tur uygulama sonucunda ise 51 numaralı ölçüte ilişkin ortalama önem puanı 6.78'e düşmüştür. Bu ölçüte ilişkin son ve ilk çeyreklik dilimler arası

fark ise 3'ten 2'ye gerilemiş ve değerlendirme üzerinde uzlaşa elde edilmiştir. Bu veriler ışığında 51 numaralı ölçütün ölçüt elenmiştir. İkinci tur uygulama sonucunda katılımcıların bu sınıfta yer alan tüm ölçütlere ilişkin değerlendirmelerinde çeyreklik dilimler arası fark ile ifade edildiği biçimiyle uzlaşa sağlanmıştır. Katılımcıların değerlendirmeleri sonucunda 4 ölçüt birincil ölçüt olarak 5 ölçüt ise ikincil ölçüt olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıların 8 ve üzeri puanla ölçütü değerlendirenlerin yüzdesi olarak ifade edilen uzlaşa düzeyine bakıldığında kalan 9 ölçüt için bu oranın %62-%89 arasında yer aldığı görülmektedir. Katılımcıların ölçütlere yönelik değerlendirmelerinde gözlenen bu yüksek düzeyli uzlaşa ölçütlerin üçüncü tur uygulamaya taşınmasını gerektirmemektedir.

Tablo 43. Katılımcıların Yapısal Ölçütlere İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Yapısal Ölçütler							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşa %	Karar
50	Sezaryen doğum oranı	8,00	7,54	1,76	2,00	62,20	İkincil
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı	7,00	6,78	1,46	2,00	30,60	At
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranı	8,00	7,57	2,26	2,00	70,30	İkincil
53	Ameliyathane kullanım oranı	8,00	7,95	1,78	1,00	77,50	İkincil
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısı	8,00	7,98	1,89	1,00	77,50	İkincil
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı	8,00	7,98	1,78	1,50	75,00	İkincil
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı	9,00	8,50	1,38	2,00	77,50	Birincil
57	Yatak doluluk oranı	9,00	8,50	1,47	1,00	82,50	Birincil
58	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir)	9,00	8,69	0,95	1,00	89,70	Birincil
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı	9,00	8,63	1,23	2,00	85,00	Birincil

Katılımcıların ikinci tur Delphi uygulamasında finansal ölçütlere ilişkin değerlendirmeleri Tablo 44'de gösterilmektedir. İkinci tur uygulamada da bu ölçüt sınıfında yer alan herhangi bir ölçüt elenmemiştir. Genel olarak ikinci tur değerlendirmelerinde birinci tura göre daha yüksek bir uzlaşa düzeyi yakalanmıştır. Değerlendirme ortalamalarında ise genel bir düşüş görülmektedir. Bu düşüş

neticesinde birinci turda 4 olan 8’den büyük ortalamalı ölçüt sayısının ikinci turda 3 olması ile sonuçlanmıştır. Bu 3 ölçüt birincil ölçütler olarak sınıflandırılmış, 4 ölçüt ise ikincil ölçüt olarak sınıflandırılmıştır. Finansal ölçütlere ilişkin uzlaşi düzeyleri üçüncü tur bir uygulamayı gerektirecek bir noktadan daha yüksektir.

Tablo 44. Katılımcıların Finansal Ölçütlere İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Finansal Ölçütler								
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşi %	Karar	
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı	8,00	8,23	1,49	1,00	76,70	Birincil	
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranı	8,00	7,77	1,43	2,00	60,50	İkincil	
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı)	7,00	7,00	1,73	2,00	39,50		
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı	7,00	7,02	1,79	2,00	46,50		
64	Vaka başı ortalama maliyet	8,00	7,98	1,39	1,00	76,70	İkincil	
65	Vaka başı ortalama gelir	8,00	7,70	1,47	2,00	62,80	İkincil	
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri)	8,00	8,29	1,24	1,00	76,20	Birincil	
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri)	8,00	8,26	1,42	2,00	69,80	Birincil	
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı	8,00	7,88	1,52	2,00	51,20	İkincil	

Tablo 45 katılımcıların güvenlik ölçütlerine ilişkin ikinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Tabloda görüldüğü üzere 70 numaralı ölçütte birinci tura göre uzlaşıda bir gelişme sağlanamamıştır. Birinci turda 3 olan çeyreklik dilimler arası fark 3’te kalmış, ölçütün ortalaması 8,22’den 7,95’e gerilemiş, ölçütü 8 ve üzeri puanla değerlendiren katılımcı yüzdesi ise %68’den %64,3’e düşmüştür. 76, 78 ve 79 numaralı ölçütlerde ise değerlendirme ortalamaları eşik değer olan 7,00 altında düşmüştür. Bu ölçütlerin değerlendirmelerinde aranan uzlaşi düzeyi sağlandığı için elenmiştir. Diğer ölçütlerde ise uzlaşi artmış veya sabit kalmıştır. İkinci tur uygulama sonucunda 5 ölçüt 8,00’ın üzerinde önem düzeyi ortalamasına sahip olduğu için birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılırken 4 ölçüt 7,50-7,99 arasında önem düzeyi ortalamasına sahip olduğu için ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 45. Katılımcıların Güvenlik Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Güvenlik Ölçütleri								
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar	
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı	9,00	8,36	1,51	2,00	76,20	Birincil	
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranı	8,00	7,95	2,06	3,00	64,30		
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı	8,00	8,05	1,31	1,00	76,20	Birincil	
72	Transfüzyona tepki veya kan uyuşmazlığı oranı	8,00	7,64	2,00	2,00	66,70	İkincil	
73	Düşme ve travma oranı	8,00	7,93	1,39	2,00	69,00	İkincil	
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oran	8,50	8,26	1,40	1,00	76,20	Birincil	
75	Bası yarası oranı	9,00	8,20	1,78	2,00	70,70	Birincil	
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı	7,00	6,69	2,10	2,00	35,90	At	
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı	8,00	7,93	1,15	1,00	68,30	İkincil	
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı	7,00	6,95	1,47	1,00	34,10	At	
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı	7,00	6,75	1,51	2,00	37,50	At	
80	Hastane enfeksiyonları oranı	9,00	9,20	0,90	1,00	95,10	Birincil	
81	İlaça tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı	8,00	7,95	1,69	1,00	75,60	İkincil	

Katılımcıların hastam memnuniyet ölçütlerine ilişkin ikinci tur değerlendirmeleri Tablo 46’da yer almaktadır. Tablodan anlaşıldığı üzere katılımcıların hasta memnuniyet ölçütlerine ilişkin değerlendirmelerinde yüksek düzeyde (çeyreklik dilimler arası fark ≤ 2) gerçekleşmiştir. Özellikle ortalaması 8 ve üzeri olan birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılan 6 ölçütte, ölçütleri 8 ve üzeri puanla değerlendiren katılımcı yüzdeleri ile ölçülen uzlaş düzeyi de ($\geq \%72$) dikkat çekicidir. Sadece bir ölçüt ortalama önem puanı 8’in altında kaldığı için (7,79) birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmamış, ancak ikincil performans ölçütü kriterlerini sağlamıştır.

Tablo 46. Katılımcıların Hasta Memnuniyeti Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Hasta Memnuniyet Ölçütleri									
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar		
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi	9,00	8,40	1,55	1,00	83,70	Birincil		
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları	9,00	8,21	1,70	2,00	74,40	Birincil		
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları	8,00	8,09	1,76	2,00	74,40	Birincil		
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve	8,00	8,05	1,75	2,00	72,10	Birincil		
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı	8,00	8,40	1,43	2,00	79,10	Birincil		
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları	8,00	7,79	1,23	2,00	55,80	İkincil		
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözümlenme oranı (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözümlenmeyen	9,00	8,44	1,64	2,00	76,70	Birincil		

Tablo 47 katılımcıların insan kaynakları ölçütlerine ilişkin ikinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. Bu sınıfta yer alan iki ölçütün (92 ve 94 numaralı ölçütler) ortalama puanları birinci turda elenme eşiğinin üzerinde gerçekleşmiş olmasına rağmen ikinci turda eleme eşiğinin (ortalama < 7) altında gerçekleşerek elenmiştir. Elenen ölçütlerin puanları üzerinde uzlaş (çeyreklik dilimler arası fark < 2) sağlanmaktadır. Üç ölçüt 8 ve üzeri ortalama puana sahip olduğu için birincil performans ölçütü olarak, iki ölçüt ise 7,5-7,99 aralığında ortalama puana sahip olduğu için ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır. Bu ölçüt sınıfında yer alan tüm ölçütlere ilişkin katılımcı değerlendirmelerinde çeyreklik dilimler arası farkla ifade edildiği üzere uzlaş sağlanmış olduğu için üçüncü tur Delphi uygulamasına gerek duyulmamıştır.

Tablo 47. Katılımcıların İnsan Kaynakları Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

İnsan Kaynakları Ölçütleri								
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar	
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları	8,00	8,47	1,30	2,00	79,10	Birincil	
90	Çalışan anketleri- sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları	8,00	8,23	1,27	2,00	69,80	Birincil	
91	Çalışan anketleri- çalışanların tutumları skorları	8,00	7,84	1,57	2,00	62,80	İkincil	
92	Fazla mesai süreleri	7,00	6,93	1,64	2,00	41,90	At	
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri	8,00	8,19	1,38	1,00	76,70	Birincil	
94	İşgücü devir oranı	7,00	6,95	1,31	2,00	30,20	At	
95	İşe gelmeme / Devamsızlık oranı	7,00	7,19	1,74	1,00	39,50		
96	Meslek içi eğitim harcaması (süreleri) miktarı	8,00	7,88	1,43	1,00	65,10	İkincil	

Katılımcıların rekabet ölçümlerine ilişkin ikinci tur değerlendirmeleri tablo 48’de yer almaktadır. Rekabet ölçütlerinin uzlaş düzeyi ikinci turda değişmeyerek 3 ölçütün de çeyreklik dilimler arası farkı 2 olarak gerçekleşmiştir. Ortalamaları 8’in üzerinde olan ve yüksek uzlaşya sahip bu üç ölçüt birincil performans ölçütleri olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 48. Katılımcıların Rekabet Ölçütlerine İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Rekabet Ölçütleri								
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar	
97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmak	9,00	8,71	1,20	2,00	85,70	Birincil	
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmak	9,00	8,50	1,74	2,00	81,00	Birincil	
99	Pazar payı	9,00	8,02	1,98	2,00	63,40	Birincil	

Tablo 49 katılımcıların diğer ölçütler olarak sınıflandırılan ölçütlere ilişkin ikinci tur değerlendirmelerini göstermektedir. İkinci tur sonunda 107 numaralı ölçütün ortalama önem düzeyi 6,95'e düşerek elenmiştir. Diğer ölçütlerden ise 104 ve 106 numaralı ölçütlerin çeyreklik dilimler arası fark ile ifade edilen uzlaşi düzeyinde herhangi bir artış sağlanamamıştır. Ortalama puanları da her iki turda 7,5'nin arasında kalan bu iki ölçüte ilişkin bir sınıflandırma yapılmamıştır. Üç ölçüt, ortalaması 8 veya üzerinde, çeyreklik dilimler arası fark ise 2 veya altında gerçekleştiği için birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır. İki ölçüt ise değerlendirme ortalamaları 7,50-7,99 arasında yer aldığı ve çeyreklik dilimler arası fark ile ifade edilen uzlaşi düzeyi tatmin edici düzeyde olduğu için ikincil ölçüt olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 49. Katılımcıların Diğer Ölçütlere İlişkin İkinci Tur Değerlendirmeleri

Diğer Ölçütler							
Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaşi %	Karar
100	Hastanenin tanınmışlığı	8,00	7,58	1,93	2,00	55,80	İkincil
101	Hastaneye güven	9,00	8,67	1,58	2,00	86,00	Birincil
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı	8,00	7,86	1,64	2,00	72,10	İkincil
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı	8,00	8,07	1,39	2,00	65,10	Birincil
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algı	8,00	7,26	1,88	3,00	55,00	
105	Hastane imajı	8,00	8,00	1,60	2,00	62,80	Birincil
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısı	7,00	7,29	1,89	3,00	46,30	
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı	7,00	6,95	2,11	3,00	42,50	At

İkinci tur Delphi uygulamasında 90 ölçüt katılımcıların değerlendirmesine sunulmuştur. Katılımcıların bu ölçütlere ilişkin değerlendirmeleri analiz edildiğinde 8 ölçütün ortalama önem düzeyi istenilen düzeyin altında kaldığı için elenmiştir. İkinci tur uygulama sonucunda elenen ölçütler ve bu ölçütlere ilişkin değerlendirmeler Tablo 50'de yer almaktadır.

Tablo 50. İkinci Tur Delphi Uygulaması Sonucunda Elenen Ölçütler

Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Ort	Std Sapma	Çeyrek Fark	Uzlaş %
1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı	7,00	6,88	1,45	2,00	38,20
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı	7,00	6,78	1,46	2,00	30,60
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı	7,00	6,69	2,10	2,00	35,90
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı	7,00	6,95	1,47	1,00	34,10
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı	7,00	6,75	1,51	2,00	37,50
92	Fazla mesai süreleri	7,00	6,93	1,64	2,00	41,90
94	İşgücü devir oranı	7,00	6,95	1,31	2,00	30,20
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı	7,00	6,95	2,11	3,00	42,50

Kalan 82 ölçüte katılımcılar tarafından atfedilen önem düzeyi ortalaması bu ölçütlerin elenmesini gerektirmeyecek düzeydedir. Ancak katılımcıların 79 ölçüte ilişkin değerlendirmelerinde çeyreklik dilimler arası fark ile ifade edilen uzlaş düzeyi yeterli düzeyde iken üç ölçütte istenilen düzeyde uzlaş elde edilememiştir. Uzlaş düzeyi yetersiz olan 70, 105 ve 106 numaralı ölçütlerin ikinci tur uzlaş düzeyi birinci tur uzlaş düzeyi ile aynı olmuştur. Buradan hareketle bu üç ölçüt için gerçekleştirilecek bir üçüncü tur Delphi uygulamasının uzlaş düzeyinde artış sağlaması beklenmediği için üçüncü tur uygulamaya geçilmemesine karar verilerek Delphi uygulama aşamaları sonlandırılmıştır.

7. Araştırmanın Bulguları ve Yorumları

Delphi uygulamasının birinci turu 9 ana başlık altında gruplanmış 107 ölçüt ile başlamıştır. Araştırmaya katılan toplam 52 katılımcıdan bu ölçütleri hastane performansının ölçümünde önemi, hastaneler arasında anlamlı kıyaslamalar

yapılması için kullanışlılığı ve hastane performansını geliştirmede iyileştirme yapılması gereken noktaları belirlemede yararlılığı açısından değerlendirilerek ölçütlerin önemini 1-10 arasında bir puan ile derecelendirmeleri istenmiştir.

Birinci turda elde edilen veriler analiz edilerek oluşturulan karar kriterleri doğrultusunda değerlendirilerek Tablo 51’de özetlenen bulgular elde edilmiştir.

Tablo 51. Birinci Tur Delphi Uygulaması Sonucu Kriterleri Karşılıyan Ölçüt Sayısı

Ölçüt Sınıfı	Ortalama ve Uzlaş	Sadece Ortalama	Sadece Uzlaş	Hiçbiri	Elenen	Toplam
Cerrahi Çıktı Ölçütleri	5	1	3	6	2	17
Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri			3		11	14
Cerrahi Süreç Ölçütleri			1	1		2
Dahili Tıp Süreç Ölçütleri	4		6	2	4	16
Yapı ölçütleri	5	2	3			10
Finansal ölçütler	1	2	3	3		9
Güvenlik ölçütleri	3	2	6	2		13
Memnuniyet ölçütleri	5	1	1			7
İnsan kaynakları ölçütleri	2	1	5			8
Rekabet ölçütleri	3					3
Diğer ölçütler	3		2	3		8
Toplam	31	9	33	17	17	107

Birinci tur sonucunda ölçülen 107 ölçütün 17’sine ilişkin katılımcılar tarafından atfedilen önem düzeyi düşük olduğu için elenmiştir. Katılımcıların 31 ölçüte ilişkin atfettikleri önem düzeyi ve değerlendirmelerinde uzlaş düzeyi yüksek çıkmıştır. Yüksek önem düzeyi atfedilen 9 ölçütte ise uzlaş sağlanamamıştır. Katılımcıların üzerinde uzlaştıkları 33 ölçütün ise önem düzeyi ise önemli olarak sınıflandırılmaları için gerekli eşiğin altında olmuştur. Katılımcılar tarafında değerlendirilen 17 ölçüt ise hem önem düzeyi hem de uzlaş kriterini karşılamamıştır. Sonuçlar değerlendirilerek, elenen 17 ölçütün ardından kalan 90 ölçütün önem ve uzlaş düzeylerini teyit etmek amacıyla ikinci tur Delphi uygulamasına karar verilmiştir.

İkinci tur Delphi uygulaması sonucu elde edilen verilerin analiz sonuçları özetlenerek Tablo 52’de sunulmuştur.

Tablo 52. İkinci Tur Delphi Uygulaması Sonuç Özeti

Ölçüt Sınıfı	Birincil Ölçüt	İkincil Ölçüt	Hiçbiri	Uzlaşa Yok	Elenen	Toplam
Cerrahi Çıktı Ölçütleri	7	4	3		1	15
Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri	1	1	1			3
Cerrahi Süreç Ölçütleri	1	1				2
Dahili Tıp Süreç Ölçütleri	4	6	2			12
Yapı ölçütleri	4	5			1	10
Finansal ölçütler	3	4	2			9
Güvenlik ölçütleri	5	4		1	3	13
Memnuniyet ölçütleri	6	1				7
İnsan kaynakları ölçütleri	3	2	1		2	8
Rekabet ölçütleri	3					3
Diğer ölçütler	3	2		2	1	8
Toplam	40	30	9	3	8	90

İkinci tur uygulamada katılımcılara araştırmada kullanılan karar kriterleri ve elenmeyen ölçütlerin birinci tur önem düzeylerine ilişkin geri bildirimde bulunularak gerekli görmeleri durumunda değerlendirmelerinde revizyona gitmeleri istenmiştir. İkinci tur sonucunda önem düzeyi yüksek olan ve uzlaşa kriterlerini sağlayan ölçütler birincil performans ölçütü, önem düzeyi 7,5-7,99 aralığında yer alan ve uzlaşa kriterini sağlayan ölçütler ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır. Önem düzeyi eleme eşiğinin üzerinde, ancak ikincil performans ölçütü eşiğinin altında (7,00-7,49 aralığı) olan ve üzerinde uzlaşa sağlanan ölçütler ise herhangi bir sınıflandırılmaya tabi tutulmamıştır. İkinci tur Delphi uygulaması sonucunda 3 ölçüt üzerinde uzlaşa sağlanamamıştır. Üzerinde uzlaşa sağlanamayan bu üç ölçütün ikinci tur uzlaşa düzeyleri birinci turda elde edilen uzlaşa düzeyi ile aynı olduğu için bunlara ilişkin üçüncü tur bir uygulama gerekli görülmemiştir.

Delphi uygulamasının iki turda tamamlanmış olması şaşırtıcı değildir. Literatürde yer alan modifiye edilmiş Delphi tekniği kullanan pek çok araştırma iki turda aranan uzlaşa düzeylerine ulaşmaktadır. Mevcut çalışmada da birinci turda üzerinde uzlaşa sağlanan ölçüt sayısı 66'dan ikinci turda 78'e çıkmıştır. Ayrıca, birinci turda elenen 17 ölçütün 13'ünün, ikinci turda elenen 8 ölçütün ise 7'sinin değerlendirme

ortalamalarında yüksek düzeyde uzlaşa vardır. Araştırmanın ikinci turunda sadece üç ölçüt üzerinde uzlaşa sağlanamamıştır. Elenen ölçütler de dahil edildiğinde iki turda üzerinde uzlaşa sağlanamayan ölçüt sayısı 8'dir. Kalan 99 ölçüt üzerinde ise karar kriteri doğrultusunda belirlenen uzlaşa düzeyine ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında katılımcı uzmanlar tarafından değerlendirilen 40 ölçüt yüksek düzeyde ortalama önem ve uzlaşa düzeyine sahiptir. 30 ölçüte ilişkin katılımcıların değerlendirmeleri açısından yüksek düzeyde uzlaşaya ulaşılmış olmasına karşın ortalama önem düzeyleri birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılabilmesi için gerekli seviye olan 8'e ulaşamamıştır. Bu 30 ölçütün önem düzeyi ortalaması 7,5-7,99 aralığında yer almaktadır. Bu ölçütlerin de hastane performansının ölçümünde önemli bir yeri olacağı düşünülerek ikincil ölçütler olarak sınıflandırılmasına karar verilmiştir. Bu ölçütlerin çeyreklik dilimler arası fark ile ifade edilen uzlaşa düzeyleri 2 veya daha düşük, katılımcıların ölçütleri 8 veya üzeri puanla değerlendiren yüzdesi ile ifade edilen uzlaşa düzeyi ise %50-%77,5 aralığındadır. Bu 28 ölçütün yüzdelik uzlaşa düzeyi ortalaması %63'tür.

İkinci tur sonunda 9 ölçüte ilişkin katılımcı değerlendirmelerinde istenilen uzlaşa düzeyi bulunmasına karşın ortalama önem düzeyleri ne birincil ne de ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılabilmesi için gerekli seviyededir. Bu 9 ölçütün 5'inde turlar arası uzlaşa artışı yaşanırken 4'ünün uzlaşa düzeylerinde değişiklik olmamıştır. Ayrıca, bir ölçüt hariç ortalama önem düzeylerinde kayda değer bir değişim yaşanmamıştır. Sadece 62 numaralı ölçütün birinci turda 7,67 olan önem düzeyi ortalaması ikinci turda 7,00'ye gerilemiştir. Diğer ölçütlerin önem düzeyi ortalamasında değişim $\pm 5\%$ veya daha düşük seviyede kalmıştır. Dolayısıyla üçüncü tur bir Delphi uygulamasında bu ölçütlerin ortalama önem düzeylerinde kayda değer bir artış veya azalış öngörülmemektedir. İkinci tur sonunda üzerinde uzlaşa sağlanamayan üç ölçütün uzlaşa düzeyinde turlar arası artış görülmediği, sınıflanamayan 8 ölçüt üzerinde uzlaşa sağlandığı ve turlar arasında önem düzeyinde oluşan değişim ihmal edilebilir düzeyde olduğu için üçüncü tur Delphi uygulamasına ihtiyaç duyulmamaktadır.

Delphi turları sonucunda katılımcıların üzerinde uzlaştıkları ve hastane performansının ölçümünde önem atfettikleri; 40'ı birincil düzeyde, 30'u ikincil

düzeyde önemli toplam 70 performans ölçütü tespit edilmiştir. Araştırmada incelenen dokuz performans ölçütü kategorilerinin sekizinde en az bir birincil ve bir ikincil ölçüt ortaya çıkmıştır. Rekabet ölçütleri kategorisinde yer alan tüm ölçütler ise birincil ölçüt kriterlerini sağlamıştır. Dolayısıyla hem birincil ölçüt olarak sınıflandırılan 40 ölçüt, hem de ikincil ölçüt olarak sınıflandırılan 30 ölçüt hastane performansının farklı boyutlarını yansıtmaktadır. Bu da araştırmanın amacı ile uygun bir durumdur.

8. Sonuç ve Öneriler

Farklı ülkelerde hastane performansının ölçülmesine yönelik kullanılan, uluslararası ve ulusal nitelikli 14 farklı performans ölçüm sisteminden ve danışman uzmanların katkıları ile belirlenen, 11 kategoride yer alan 107 performans ölçütü üzerinde hastane yöneticilerin katılımı ile gerçekleştirilen iki tur süren modifiye edilmiş Delphi uygulaması sonucunda üzerinde uzlaşılan ve katılımcılar tarafından yüksek düzeyde önem atfedilen 40 ölçüt tespit edilerek birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılmıştır. Yine uzmanlar tarafından üzerinde uzlaşılan ancak önem düzeyi olarak birincil performans ölçütleri kadar yüksek olmasa da kayda değer önem atfedilen ve ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılan 30 performans ölçütü belirlenmiştir. Bu performans ölçütleri araştırma başında incelenen performans ölçütleri kategorilerinin tümüne yayılmış, diğer bir ifadeyle her performans boyutuna ilişkin en az bir performans ölçütü üzerinde uzlaşma sağlanmıştır.

Birincil performans ölçütü olarak sınıflandırılan performans ölçütleri, katılımcılar tarafından atfedilen yüksek önem düzeyi itibarı ile hastane performansını ölçmede öncelikli olarak kullanılacak ölçütler olarak önerilmektedir. Bu ölçütlerde başarı herhangi bir hastanenin genel başarısının öncelikli göstergesi olarak düşünülmektedir. İkincil performans ölçütleri ise özellikle daha fazla performans bilgisine ihtiyaç duyulması durumlarında hastane performansı hakkında daha derin bilgi sunacak, hastaneler arasında yapılacak kıyaslamaları daha çok boyuta taşıyarak daha anlamlı kılacak ve performans iyileştirmede daha fazla alanı göz önünde bulunduracak ölçütler olarak düşünülmektedir. Bu bağlamda, birincil performans

ölçütlerinin yetersiz kaldığı veya yeteri kadar birincil performans ölçütü olmayan performans boyutlarında ikincil performans ölçütlerinin de kullanılması önerilmektedir.

Cerrahi çıktı, dahili tıp çıktı, cerrahi süreç, dahili tıp süreç, güvenlik ve kısmen yapısal ölçütler hem hastane düzeyinde hem de genel olarak hastanelerin tümü düzeyinde ölçülebilecek ölçütlerdir. Diğer bir ifadeyle bu ölçütlerden iyi bir şekilde yararlanılabilmesi için bu ölçütlerin hastane ile ilgili durumunun yanı sıra genel olarak hastaneler düzeyinde durumunun bilinmesi önemlidir. Bu kategorilerde yer alan ölçütlerin hastanedeki düzeyi kendi başına önemli bir performans bilgisi sağlarken genel olarak hastanelerin bu ölçütlerdeki düzeyleri ile mukayeseli olarak ele alınması çok daha önemli bilgiler sunabilecektir.

Araştırma sonucunda hastanelerde cerrahi süreçlerin çıktılarını ölçmeye yönelik olarak önerilen ölçütler Tablo 53'te yer almaktadır.

Tablo 53. Önerilen Cerrahi Çıktı Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Birincil Performans Ölçütleri	Koroner arter bypass graftı mortalite oranı	8,24
	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı	8,17
	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı	8,09
	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı	8,86
	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı	8,03
	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı	8,49
	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı	8,91
İkincil Performans Ölçütleri	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı	7,59
	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı	7,65
	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı	7,56
	Anestezi komplikasyonu oranı	7,80

Cerrahi çıktı ölçütleri hastanelerde gerçekleştirilen cerrahi süreçlerden elde edilen sonuçları ölçmeye yönelik ölçütlerdir. Özellikle tedavi hizmetlerinde olumlu sonuçlar norm, olumsuz sonuçlar ise kaçınılması gereken istisnalar olarak

düşünüldüğü için bu tür ölçütler olumsuz olaylar üzerine odaklanmaktadır. Cerrahi çıktı ölçütleri çeşitli cerrahi işlemlerin başarısızlık ile sonuçlanması üzerine odaklanmaktadır. Ölçütlerden bazıları spesifik cerrahi müdahaleler ile ilgili iken bazıları tüm cerrahi müdahaleleri kapsamaktadır. Burada yer alan mortalite oranları belirli cerrahi müdahale sonrasında, daha önceden belirlenmiş bir süre içerisinde söz konusu cerrahi müdahale ile ilgili bir nedenle gerçekleşen ölümleri ifade etmektedir. Enfeksiyon, travma veya benzer komplikasyon ölçütleri ise doğrudan cerrahi müdahalenin başarısından ziyade cerrahi işlemin başarısı üzerinde odaklanmaktadır. Cerrahi çıktı ölçütleri olumsuz sonuçlar üzerine odaklandığı için bu ölçütlerin tümü için daha düşük sayı ve oranlar tercih edilecektir.

Tablo 54. Önerilen Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
B	Akut myokard enfarktüs mortalite oranı	8,06
i	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı	7,82

Tablo 54 önerilen dahili tıp çıktı ölçütlerini göstermektedir. Akut myokard enfarktüs (AMI) mortalite oranı üzerinde uzlaşa sağlanmış tek birincil ölçüt iken, düşük mortaliteli diyagnoz gruplarında (DRG) mortalite oranı üzerinde uzlaşa sağlanan tek ikincil ölçüt olmuştur. Her iki ölçütte dahili tıp tedavi süreçleri ile tedavi edilen hastalarda daha önce belirlenmiş bir süre içerisinde ölüm gerçekleşmesini ifade eden, hastaneler açısından düşük olmaları tercih edilen ölçütlerdir. Düşük mortaliteli DRG'lerde mortalite ise normal durumlarda mortalite beklenmeyen hasatlıklardaki mortalite oranını ifade etmektedir. Bu oranın yüksek çıkması ise hastane açısından özellikle istenmeyen ve üzerine gidilmesi gereken bir duruma işaret etmektedir.

Hem cerrahi hem de dahili tıp çıktı ölçütleri ile ilgili olarak bu araştırmada bu ölçütlerin basit, ham oranlar olarak ele alındığı göz önünde bulundurulmalıdır. Mortalite oranları hastaların yaşı, daha önceki hastalık geçmişi, hastalığa eşlik eden

başka hastalık (komorbite) veya komplikasyonların varlığını göz ardı etmektedir. Bu tür faktörleri de barındıran riske uyarlanmış (risk adjusted) ölçütlerin geliştirilerek hastanelerin çıktıklarına ilişkin çok daha anlamlı ve duyarlı performans bilgisi elde edilmesi mümkündür. Ancak riske uyarlama veya ölçüt geliştirme bu çalışmanın kapsamı veya amaçları arasında yer almadığı için ham ölçütlere yer verilebilmiştir. Özellikle dahili tıp çıktı ölçütlerinin katılımcılar tarafından nispeten düşük önem puanları ile değerlendirilmesinde önerilen ölçüt ve ölçüm yöntemlerinin risk uyarlaması içermediği ölçütler olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 55. Önerilen Cerrahi Süreç Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
B	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı	8,03
i	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranı	7,65

Süreç ölçütleri tıbbi tedavi süreçlerinde belirli faaliyetlerin yerine getirilmesini ölçen ölçütlerdir. Bu ölçütler tıbbi deneyim ve kanıta dayalı olarak yerine getirilmesi önerilen faaliyetin çıktı üzerinde önemli katkısına dayanır. Cerrahi süreçlere ilişkin önerilen birincil ve ikincil ölçütler Tablo 55’de gösterilmektedir. Katılımcılar cerrahi işlemlerde koruyucu amaçlı antibiyotik kullanımına yüksek düzeyde önem atfettikleri için bu ölçüt birincil ölçüt olarak sınıflandırılmıştır. Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici kullanımı ise ikincil ölçüt önem düzeyine ulaşmıştır. Koruyucu antibiyotik kullanımı cerrahi işlemlerde enfeksiyon komplikasyonlarını önlemek amaçlı olan bir işlem iken tromboz önleyici kullanımı ise emboli veya benzer kan pıhtısı kaynaklı komplikasyonlara yönelik bir önlemdir. Cerrahi süreçlerde bu iki önlemin kullanım oranının yüksek olması, istisnalar hariç (hemofili, diyabet vs.) tercih edilebilecektir.

Tablo 56. Önerilen Dahili Tıp Süreç Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Birincil Performans Ölçütleri	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranı	8,61
	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı	8,61
	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi	8,09
	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı	8,33
İkincil Performans Ölçütleri	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı	7,67
	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranı	7,94
	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı	7,97
	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı	7,82
	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı	7,64
	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı	7,79

Katılımcılar tarafından atfedilen önem düzeyleri doğrultusunda birincil ve ikincil performans ölçütleri olarak sınıflandırılan dahili tıp süreç ölçütleri Tablo 56’da gösterilmektedir. Bu ölçütler belirli hastalıklara yönelik dahili tıp tedavi süreçlerinde yerine getirilmesinde fayda görülen birtakım faaliyetleri ölçmektedir. Bu faaliyetlerin yerine getirilmesi dahili tıp tedavi süreçlerinin çıktılarında olumlu katkı sağlayacağı için önem arz etmektedir. Hastaneler açısından bu oranların yüksek olması tercih edilecek bir durum olabilecektir.

Süreç ve çıktı ölçütleri cerrahi ve dahili tıp yöntemleri ile hastalıklara yönelik hekimler tarafından gerçekleştirilen müdahalelerle ilgili ölçütlerdir. Bu ölçütler için gerekli olan veriler hastaneler bünyesinde Sağlık Net kapsamında toplanan verilerdir. Hastanelerde ICD-10 bazlı olarak tutulan hasta kayıt altyapısı bu ölçütlerin hesaplanmasına imkan sağlayacak düzeydedir. Hasta veri tabanlarında doğru, güncel ve kapsamlı kayıt tutulması durumunda bu ölçütlerin hesaplanması ve gerçek zamanlı olarak izlenmesi mümkün olacaktır.

Tablo 57. Önerilen Yapısal Ölçütler

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Birincil Performans Ölçütleri	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı	8,50
	Yatak doluluk oranı	8,50
	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir)	8,69
	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı	8,63
İkincil Performans Ölçütleri	Sezaryen doğum oranı	7,54
	İlk doğumda sezaryen doğum oranı	7,57
	Ameliyathane kullanım oranı	7,95
	Doktor başına düşen ameliyat sayısı	7,98
	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı	7,98

Tablo 57 önerilen yapısal performans ölçütleri göstermektedir. Yapısal ölçütler hastanede yerine getirilen hizmetlerde yer alan kaynakları ölçer. Örneğin, hemşire başına düşen yatan hasta sayısı yatan her bir hastaya sağlık hizmeti sunumunda ne kadar hemşirelik hizmeti verilebildiğini ifade eden bir ölçüttür. Diğer bir deyişle hastanenin sahip olduğu hizmet üretme yetkinliğinin kullanım düzeyleri yapısal ölçütleri oluşturur. Yapısal ölçütlerin ne düzeyde olması gerektiğinin belirlenmesi hastaneler tarafından verilmesi gereken bir optimizasyon kararıdır. Bu ölçütlerin çok yüksek veya düşük olması farklı sorunlara neden olacağı için belirlenen bir optimum düzeyde tutulması gereklidir. Yapısal ölçütler için gerekli olan veriler Sağlık Net kapsamında oluşturulan bilgi sistemi, muhasebe bilgi sistemi ve hastanelerin kapasite envanterlerinden elde edilebilecektir.

Tablo 58. Önerilen Finansal Ölçütler

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Birincil Performans Ölçütleri	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı	8,23
	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)	8,29
	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)	8,26
İkincil Performans Ölçütleri	İdari giderlerin toplam giderlere oranı	7,77
	Vaka başı ortalama maliyet	7,98
	Vaka başı ortalama gelir	7,70
	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı	7,88

Katılımcılar tarafından birincil ve ikincil performans ölçütü olarak sınıflandırılacak düzeyde önem atfedilen finansal performans ölçütleri Tablo 28’de yer almaktadır. Birincil performans ölçütü olarak likidite oranı, gelir ve gider bütçelerinin gerçekleşme oranları yer almaktadır. İncelenen hastanelerin kamu kurumları göz önünde bulundurulduğunda bütçelemeye ve bütçe hedeflerinin tutturulmasına önem atfedilmesinin kaçınılmaz bir sonuç olduğu görünmektedir. Bütçe gerçekleşme düzeyi hem hastanenin bütçeleme konusundaki başarısına hem de hastane finansal yönetiminin bu hedefleri tutturmada başarısına işaret edecek ölçütleridir. Likidite ölçütü ise hastanenin yükümlülüklerini karşılayacak miktarda likit varlığa sahip olduğu ve faaliyet gelirleri ile borçlarını çevirebilme yeteneğini gösterir. İkincil ölçütler olarak ise vaka başı ortalama maliyet ve vaka başı ortalama gelirin yanı sıra yatırım giderlerinin genel bütçe giderine oranı yer almaktadır. Vaka başı ortalama maliyet, maliyet yönetimi açısından sürekli olarak takip edilmesi gereken bir ölçüt iken vaka başı ortalama gelir hastanenin bütçe dengesi için kritik öneme sahip olabilecektir. Yatırım bütçesinin genel gider bütçesine oranı ise hastanenin fiziki ve teknolojik altyapısını ne kadar geliştirebildiği veya güncel tutabildiğinin ölçütüdür. Hastane yatırımları çoğunlukla tesis veya teçhizata yönelik yatırımlar olacaktır. Likidite oranının 1’in üzerinde ve pozitif olması önemlidir. Bütçe gerçekleşme düzeylerinin ise ideal koşullarda 1’e eşit olması tercih edilecektir. Likidite oranının

1'in altında olması hastanenin borç yükümlülüklerini karşılamak için gerekli kaynağa sahip olmadığı, 1'in üzerinde olması ise gereğinden fazla likit kaynak bulundurulduğu anlamına gelmektedir. Benzer biçimde bütçe gerçekleşme oranlarının 1'in altında olması bütçe açığı, 1'den fazla olması ise bütçe fazlası verilmesi anlamına gelmektedir. Hem gider hem de gelir bütçesi açısından bu iyi bir planlama ve bütçeleme faaliyeti gerçekleştirilemediğine veya mali kontrolün başarısız olduğu anlamına gelir.

İdari giderlerin genel giderlere oranının olabildiğince düşük olması istenen bir durumdur. Bu oranın yüksek olması hastane giderlerinin sağlık hizmeti üretimi faaliyetlerinden ziyade idari harcamalara gitmesi anlamına taşır. Yatırım giderlerinin genel gider içerisinde önemli bir paya sahip olması hastanenin gelecekte sağlık hizmeti üretimi yetkinliğini geliştirdiği anlamına geldiği için tercih edilir bir durum olabilecektir. Vaka başı ortalama maliyet ve gider rakamları ise daha önceden belirlenen standartlar doğrultusunda değerlendirilmelidir. Her iki durumda da standarttan sapmalar hedef belirlemede veya operasyonlarda sorun olduğuna işaret edebilir.

Finansal performans ölçütleri için gerekli olan veri kaynaklar mali veriler olmakla beraber farklı veri kaynaklarına başvurulmasını gerektirecektir. Vaka başı ortalama gelir ve maliyet, likidite oranları, idari giderlerin ve yatırım giderlerinin genel giderlere oranları hastane muhasebe bilgi sistemi kaynaklı veriler aracılığıyla hesaplanacaktır. Bütçe gerçekleşme rakamları ise muhasebe bilgi sistemi kaynaklı verilerin yanı sıra bütçe planlarından yararlanmayı gerektirecektir.

Tablo 59. Önerilen Güvenlik Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Performans	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı	8,36
	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı	8,05
	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı	8,50
Birincil Ölçütleri	Bası yarası oranı	8,20
	Hastane enfeksiyonları oranı	9,20
İkincil Ölçütleri	Transfüzyona tepki veya kan uyumsuzluğu oranı	7,64
	Düşme ve travma oranı	7,93
	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı	7,93
	İlaça tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı	7,95

Katılımcılar tarafından atfedilen önem düzeylerinin ortalaması doğrultusunda; tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı, daha önce belirlenmiş hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı, ana damar kateter kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı, bası yarası oranı ve hastane enfeksiyonu oranı birincil güvenlik performansı ölçütleri olarak önerilmektedir. Yine katılımcılar tarafından nispeten daha az önem atfedilen; transfüzyona tepki veya kan uyumsuzluğu oranı, düşme ve travma oranı, ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı ve hatalı ilaç kullanımı oranları ikincil güvenlik performansı ölçütleri olarak önerilmektedir. Çıktı ölçütlerinde olduğu gibi olumsuz hasta ve çalışan güvenliği durumlarını ifade eden bu ölçütlerin olabildiğince düşük olması arzu edilen bir sonuçtur. Özellikle hastane enfeksiyonları hastaneler açısından en büyük güvenlik risklerinden birini oluşturduğu için bu oran özellikle önemlidir. Bu, ölçüte atfedilen 9,20'lik ortalama önem düzeyi ile de açıkça görünmektedir. Güvenlik ölçütlerine ilişkin veri gereksinimi Sağlık Net kapsamında hastanelerde kurulmuş olan bilgi sistemlerinin doğru kullanımı ile karşılanabilecektir.

Tablo 60. Önerilen Hasta Memnuniyet Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Birincil Performans Ölçütleri	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi	8,40
	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları	8,21
	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları	8,09
	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorları	8,05
	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorları	8,40
	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranı (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözülmemeyen şikayet sayısı)	8,44
i	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları	7,79

Tablo 60'ta önerilen hasta memnuniyet ölçütleri yer almaktadır. Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranı ölçütü hariç tüm hasta memnuniyeti performans ölçütleri için gerekli veri hasta memnuniyet anketleri ile elde edilecek türden verilerdir. Hali hazırda Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan performans ölçümü/yönetimi sisteminde hasta memnuniyet anketleri uygulanmaktadır. Mevcut anketlerde minimal değişiklikler yapılarak hasta memnuniyetinin araştırmada katılımcılar tarafından önem atfedilen boyutlarının da ölçülmesi ile bu ölçütler hastanelerde kullanılabilir. Bu ölçütlerin yüksek değerlere ulaşması tercih edilecek bir durum olacaktır.

Hasta memnuniyetinin hasta memnuniyeti ile ölçülemeyecek ölçütü olan hasta şikayeti sayısı ve çözülme oranı ise hastanelerde hali hazırda kurulmuş olan kalite birimleri tarafından gerçekleştirilen şikayet ve öneri kutuları ve hasta hakları birimleri nezdinde toplanan hasta hakları başvuruları aracılığıyla ölçülebilecektir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen Alo 184 şikayet hattı ve il sağlık müdürlükleri aracılığıyla yapılan şikayetlere ilişkin bilgilerin ilgili hastanelere aktarılması bu ölçümlere katkı sağlayacaktır. Hasta memnuniyet ölçütlerinde yer alan diğer ölçütlerin aksine şikayet sayısının ve çözülmemeyen şikayet sayılarının düşük olması tercih edilecektir. Şikâyet çözüm oranı hesaplanırsa bunun doğal olarak yüksek olması arzu edilecektir.

Tablo 61. Önerilen İnsan Kaynakları Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Birincil Performans Ölçütleri	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları	8,47
	Çalışan anketleri- sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları	8,23
	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri	8,19
İkincil Performans Ölçütleri	Çalışan anketleri- çalışanların tutumları skorları	7,84
	Meslek içi eğitim harcaması (süreleri) miktarı	7,88

Katılımcılar tarafından önemli olarak değerlendirilen insan kaynakları ölçütleri Tablo 61’de yer almaktadır. Katılımcıların atfettikleri önem derecesi doğrultusunda çalışan anketlerinde belirtilen genel memnuniyet düzeyleri, sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları ve çalışanların tükenmişlik/motivasyon seviyeleri birincil insan kaynakları performans ölçütleri olarak belirlenmiştir. Çalışan anketlerinde ortaya çıkan çalışanların tutumları skorları ve meslek içi eğitim harcaması (süresi) ikincil ölçütler olarak belirlenmiştir. Bu insan kaynakları ölçütleri için gerekli olan veriler çeşitlik kaynaklardan sağlanacaktır. Öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan performans ölçümü/yönetimi kapsamında dönemlik olarak gerçekleştirilen çalışan memnuniyeti anketlerinde birtakım revizyonlar yapılarak insan kaynakları ölçütleri arasında yer alan çalışan memnuniyet boyutlarını ölçmek mümkün olacaktır. Çalışan memnuniyet anketleri aracılığıyla ölçülecek insan kaynakları ölçütlerinde yüksek memnuniyet düzeyleri istenen sonuçlar olacaktır. Çalışanların tükenmişlik/motivasyon seviyeleri ise bu değişkenleri ölçmeye yönelik olarak uygulanacak ölçek ve anketlerle belirlenebilecektir. Bu amaca yönelik olarak, hali hazırda farklı örgütsel bağlamlarda kullanıma yönelik olarak geliştirilmiş standardize edilmiş tükenmişlik veya motivasyon ölçekleri kullanılabilir veya uyarlanabilir. Tükenmişlik düzeylerinin düşük, motivasyon düzeylerinin ise yüksek olması arzu edilen bir sonuçtur. Meslek içi eğitim harcaması ve süresi personel birimleri tarafından takip edilebilecek bir ölçüttür. Burada gerek duyulan veri muhasebe bilgi sistemi, bütçe ve planlardan edinilebilecektir.

Tablo 62. Önerilen Rekabet Ölçütleri

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Birincil Performans	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmak	8,71
	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmak	8,50
	Pazar payı	8,02

Katılımcılar tarafından rekabet ölçütlerine atfedilen önem düzeyi bu ölçütlerin tümünün birincil ölçüt olarak sınıflandırılması için yeterli düzeydedir. Söz konusu ölçütler ve önem düzeyi ortalamaları Tablo 62’de yer almaktadır. Rekabet ölçütlerinden hastanenin hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olması ve öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olması ölçütleri hasta memnuniyet anketlerine bu doğrultuda eklenecek birkaç madde ile ölçülebilecektir. Pazar payının ölçülmesi ise farklı veri kaynaklarından yararlanmayı gerektirecektir. Öncelikli olarak hastanenin faaliyet gösterdiği coğrafi bölgedeki pazar büyüklüğünün belirlenmesi gerekmektedir. Bu ise çevrede yaşayan nüfus olabileceği gibi çevrede yer alan sağlık kurumlarından hizmet alan toplam nüfus da olabilir. Pazarı oluşturan nüfus ile ölçütü kullanan kurumdan sağlık hizmeti alan nüfusun oranı pazar payını verecektir. Burada ihtiyaç duyulan veri yerel yönetimlerden, TÜİK’ten, il/ilçe sağlık müdürlüklerinden ve benzeri kurum dışı kaynaklardan veri edinilmesini gerektirebilecektir. Bu üç ölçütün değerinin de yüksek olması istenir bir durum olacaktır.

Tablo 63. Önerilen Diğer Ölçütler

	Ölçüt Adı	Önem Düzeyi
Performans	Hastaneye güven	8,67
	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı	8,07
Birincil Ölçütleri	Hastane imajı	8,00
İkincil Performans Ölçütleri	Hastanenin tanınmışlığı	7,58
	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı	7,86

Tablo 63, diğer ölçütler kategorisinde yer alan ve araştırmada katılımcılar tarafından atfedilen önem düzeyi doğrultusunda birincil ve ikincil ölçütler olarak sınıflandırılan ölçütleri gösterilmektedir. Bu kategoride yer alan ölçütler hastanenin sosyal çevresini oluşturan farklı paydaş gruplarının hastaneye ilişkin algı ve değerlendirmelerini ifade etmektedir. Bu ölçütlerin ölçümü için gerekli olan verileri hastane yönetimi bu amaca doğrultusunda hazırlanan ve uygulanan anketler yoluyla elde edebilecektir. Hastaneye güven hastane paydaşlarının hastaneye duyduğu güven düzeyini ifade etmektedir. Burada güvenden kastedilen unsur paydaşların hastanenin kendileri için önemli ve değerli sonuçlar üretme yetkinliğine duydukları inançtır. Benzer biçimde, hastane imajı ise paydaşların hastaneye atfettikleri özelliklerdir. Bu özellikler olumlu olabileceği gibi olumsuz özellikler de olabilecektir. Örneğin paydaşlar hastaneye yetkinlik, dürüstlük, şeffaflık, dakiklik temizlik gibi özellikler atfetmesi durumunda bu hastanenin olumlu bir imaja sahip olması, yetkinsizlik, umursamazlık, pislik ve yavaşlık gibi özellikler atfetmesi durumunda ise olumsuz bir imaja sahip olması anlamına gelmektedir. Hastanenin imajını ölçmek için farklı paydaşlar nazarında kendisine atfedilmesini istediği özelliklerin neler olduğunu belirlemesi ve bu özelliklerin atfedilip atfedilmediğini ölçmesi gerekmektedir. Bu bağlamda ele alındığında hastaneye güven, yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı ve

hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algılar hastane imajının boyutlarını oluşturmaktadır. Bu algıların ölçümü imaj ölçümünün birer bileşeni olacaktır. Algının hem yönünün hem de gücünün ölçülmesi ayrıca algıların farklı paydalar tarafından ne denli paylaşılan ortak bir algı olduğunun ölçülenmesi için bu amaca yönelik anketler tasarlanmalıdır. Tasarlanan bu anketlerin ise hastane paydaşlarının olabildiğince kapsamlı bir örnekleme belirlenmiş aralıklarla uygulanması gerekmektedir. Bu algıların ve hastane imajının olumlu, paylaşılan ve güçlü algılar olması paydaşların hastane ile etkileşimlerde daha istekli olmalarına neden olacaktır. Hastanenin tanınmışlığı da benzer biçimde paydaşların hastanenin ne denli farkında olduklarının ölçütüdür. Tanınmışlığın yüksek olması hastanenin potansiyel olarak tercih edilirliliğini arttırabilecektir.

Hastaneler için önerilen performans ölçütlerinin hastane performansını ölçmede hayata geçirilmesindeki amaç hastane performansının yükseltilmesi ve güvence altına alınmasıdır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için ise doğru performans hedeflerinin belirlenip doğru aralıklarda ölçüm yapılarak performans bilgisinin hastane süreçlerine geri bildirim olarak yansıtılarak hedeflere ulaşımın desteklenmesi gerekmektedir. Bu stratejik yönetim süreçlerinde veya toplam kalite yönetiminde var olan plan-eylem-gözden geçirme-düzeltilme döngüsü şeklinde yapılarak sürekli iyileştirmeyi besleyen bir performans geliştirme modeline dönüştürülerek hastane başarısına katkı sağlayabilir.

Bu araştırmada tespit edilen performans ölçütleri kullanılarak ikinci basamak sağlık kurumlarına yönelik olarak bir performans ölçümü veya performans yönetimi sistemi kurgulanabilir. Bunun için öncelikli olarak kullanılacak yaklaşımın gerektirdiği altyapı dikkate alınmalıdır. Örneğin BSC öncelikli olarak stratejik planlama çalışmalarının tamamlanmış olmasını gerektirir. Açık ve net bir biçimde tanımlanmış misyon ve vizyon seçilecek performans boyutları ve bu boyutlara ilişkin kritik başarı faktörleri ve temel performans göstergeleri için önemli bir ön şarttır. Ayrıca hastanedeki değer yaratma sürecinin performans bileşen ve boyutları arasındaki nedensellik ilişkilerini analiz etmeyi mümkün kılacak şekilde ortaya koyulması ve haritalanması da gerekmektedir. EFQM tarzı bir uygulamada ise öncelikli olarak hastane süreçlerine ilişkin base-line (başlangıç) düzeyleri, hedeflenen düzeyler ve bunlara ulaşmak için izlenecek yol ve yöntemlerin belirlenmesi gerekmektedir.

Bu araştırma kapsamında ortaya konulan performans ölçütleri BSC temelli bir performans yönetim sistemi için gerekli olan temel bileşenlerin bir kısmını sunmaktadır. Araştırma tespit ettiği performans ölçütlerini dokuz grupta ele almaktadır. Bu gruplandırma ise hastane başarısı açısından nedensellik ilişkileri kurgulamak için bir başlangıç noktası tayin edebilir. Özellikler yapı, süreç ve çıktı akışı çerçevesinde biri nedensellik kurgulanabilmektedir. Buna ek olarak nihai hedef olarak müşteri memnuniyeti, finansal başarı veya rekabet ölçütleri sınıfında yer alan hedefler konulabilir. Bu bağlamda araştırma sonucunda elde edilen ölçütlerin BSC temelli bir performans ölçümü sistemi için daha uygun olduğu ifade edilebilir.

Hastanelere yönelik performans ölçümü ve bunun için gerekli olan ölçütleri belirlenmesi, özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programında önemli bir hedef olarak ortaya konulduğu için de önemlidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, araştırmada elde edilen ölçütler bir başlangıç noktası olarak kullanılabilir

Ekler Listesi

Sayfa

Ek 1: Finansal Performansın Değerlendirilmesinde Kullanılan Oranlar.....	274
Ek 2: Farklı Pazarlama Performansı Ölçütleri.....	277
Ek 3. Birinci Tur Delphi Uygulaması Veri Toplama Aracı.....	279
Ek 4. Birinci Tur Delphi Uygulaması Frekans Tablosu.....	288
Ek 5. Birinci Tur Delphi Uygulaması Katılımcı Değerlendirmeleri Sonuçları.....	300
Ek 6. İkinci Tur Delphi Uygulaması Veri Toplama Aracı.....	306
Ek 7. İkinci Tur Delphi Uygulaması Frekans Tablosu.....	315
Ek 8. İkinci Tur Delphi Uygulaması Katılımcı Değerlendirmeleri Sonuçları.....	324

Ek 1. Finansal Performansın Değerlendirilmesinde Kullanılan Oranlar

Karlılık Oranları	Karlılık işletme karar, politika, strateji ve faaliyetlerinin bir sonucudur. Karlılık oranları yönetimin işletme varlıklarını verimli ve akılcı kullanma düzeylerini de gösteren ölçütlerdir (Helfert, 2001:112). Diğer bir ifadeyle karlılık oranları bir işletmenin katma değer yaratmadaki başarısını ifade eder (Temizel vd. 2009: 157). Karlılık oranları ile performans değerlendirmesinde karlılık satışlar ve kaynaklar bağlamında ele alınarak satışların ve yatırımların karlılık düzeyleri değerlendirilir (Riggs, 2007:85).	
ORAN ADI	FORMÜL	ANLAMI
Net Kar Marjı	$\frac{\text{Net Kar}}{\text{Net Satışlar}}$	Her bir birimlik satış hâsılatının sağladığı kar düzeyini gösterir. Bu oran hem işletmenin gelirlerini kara dönüştürmedeki başarısının hem de hissedarlar için getiri sağlamadaki başarısının göstergesidir (Webster, 2004:76-77).
Brüt Kar Marjı	$\frac{\text{Brüt Kar}}{\text{Net Satışlar}}$	Ticari faaliyetten elde edilen karı toplam satışların yüzdesi olarak ifade eder. İşletmeler, ürünler ve piyasalar arasında mukayeseye imkân verir (Thompson, 2001:169)
Aktif Karlılığı	$\frac{\text{Dönem Net Karı}}{\text{Aktif Toplamı}}$	İşletmenin bir ticari girişim olarak karlılığını ölçer. İşletmelerin veya birimlerin performanslarının göreceli olarak karşılaştırılmasına imkân verir (Thompson, 2001:169).
Özkaynak Karlılığı	$\frac{\text{Dönem Net Karı}}{\text{Özkaynaklar}}$	Yatırımcıların işletmeye sağladıkları sermaye karşılığında elde ettiği getiriye ifade eder (Bragg, 2007:132).
Verimlilik Oranları	Faaliyet oranları olarak da adlandırılan verimlilik oranları bir işletmenin kaynak kullanımının etkililiğini gösterir. Bu oranlar işletme bilançosunda yer alan her bir varlık türünün gerçekleştirilen satışlarla ilişkisini göstererek varlıklara yapılan yatırım düzeyinin yeterliliği hakkında bilgi verir (Brigham ve Houston, 2004:78)	
Stok Devir Hızı	$\frac{\text{Satışların Maliyeti}}{\text{Ortalama Stok}}$	İşletmenin stoklarını hangi hızda tükettiğini veya gelire çevirdiğini gösterir.
Duran Varlıkların Devir Hızı	$\frac{\text{Yıllık Net Satışlar}}{\text{Duran Varlıklar Toplamı}}$	İşletme için en üretken yatırımlar olması gereken duran varlıkların faaliyetlerde kullanım düzeyini gösteren bir orandır (Zelman, vd. 2003:130).
Aktif Devir Hızı	$\frac{\text{Yıllık Net Satışlar}}{\text{Aktif Toplamı}}$	Bu oran aktiflere yapılan yatırımların satışa dönüştürülmesinin verimliliğini ölçer, diğer bir ifadeyle aktiflerin faaliyetlerde kullanım düzeyini gösterir (Alexander, 2007:23).

Alacakların Devir Hızı	$\frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Ticari Alacaklar}}$	Bu oran işletmenin satış gelirlerini tahsil etmedeki başarısını göstermektedir. Yüksek olması satış gelirlerinin hızlı tahsili sonucu daha düşük nakit gereksinimi anlamına gelebilir. Yüksek olması ise alacak yönetiminin başarısızlığına işaret eder ve uzun vadede dış kaynak gereksinimini artırır (Bragg, 2007: 73-74). Formül ortalama ticari alacaklar / (net satışlar 7365) şeklinde revize edilerek ortalama tahsilât süresi elde edilebilir. Bu oran işletme geneli için hesaplanabileceği gibi her bir alacak veya müşteri hesabı için ayrı hesaplanabilir.
Ortalama Ödeme Süresi	$\frac{\text{Ortalama Ticari Borçlar}}{(\text{Satışlar}/365)}$	Bu hesaplama ticari borçlar kaleminin ortalama kaç günde tasfiye edildiğini, diğer bir ifadeyle işletmenin tedarik ettiği girdileri ödeme gücünü göstermektedir. Bu süre olağanüstü bir biçimde uzun ise işletmenin nakit akış sorunlarına işaret edebilir. Kısa olması ise tedarik sürecinde indirimlerden yararlandığı veya nakit yönetimini iyi bir biçimde gerçekleştiremediğini gösterir (Bragg, 2007: 87).
Likidite Oranları	İşletmenin nakit ve cari varlıklarının kısa vadeli yükümlülüklerini karşılama gücünü gösteren oranlardır. Likidite işletmelerin kısa vadeli yükümlülüklerini karşılayacak nakit ve kolayca nakde çevrilebilir kaynaklara sahip olduğunu gösterir. Çok düşük olması ödeme zorluklarına işaret ederken çok yüksek olmaları nakit yönetiminin düzgün yapılmadığına işaret eder (Brigham ve Houston, 2004:77-78)	
Asit Test Oranı	$\frac{\text{Dönen Varlıklar} - \text{Stoklar}}{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$	Stokların kısa sürede ve değerinde nakde çevrilmesinin zorluğunu göz önünde bulunduran bir likidite ölçütüdür. Ticari alacakları hesaba kattığı için nakit oranı kadar katı bir likidite ölçütü değildir (Brealey, vd., 2009:94).
Cari Oran	$\frac{\text{Dönen Varlıklar}}{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$	Özellikle kredi verenler tarafından işletmenin kısa vadeli yükümlülüklerini karşılayacak düzeyde likiditeye sahip olup olmadığını ölçmek için kullanılır (Bragg, 2007:89).
Nakit Oranı	$\frac{\text{Nakit} + \text{Menkul Kıymetler}}{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$	Stok ve alacakları hesaplama katmayan, en muhafazakâr likidite ölçütüdür. Bir işletmenin mali yükümlülüklerini çok kısa bir vadede ödeyebilme yeteneğini gösterir (Bragg, 2007:61).
Kaldıraç Oranları	Finansal kaldıraç bir işletmenin faaliyetlerini özkaynakları dışında kaynakları ile finanse ederek sadece özkaynakları ile gerçekleştirebileceğinin ötesinde faaliyetlerde bulunup daha fazla gelir elde etmesini ifade etmektedir. Kaldıraç oranları olarak adlandırılan finansal oranlar işletmenin mali yapısını açıklayan oranlardır (Brigham ve Houston, 2004:82)	
Borç Oranı	$\frac{\text{Toplam Yabancı Kaynaklar}}{\text{Toplam Varlıklar}}$	İşletme varlıklarının ne kadarının yabancı kaynaklar tarafından finanse edildiğini ölçer. Bu oran kredi verenler açısından işletmenin borç yükümlülüklerini ifade ettiği için, hissedarlar için ise işletme faaliyetlerinin ne düzeyde kaldıraçlandığını gösterdiği için önemlidir (Brigham ve Houston, 2004:83-84)
Özkaynak/Borç Oranı	$\frac{\text{Toplam Yabancı Kaynaklar}}{\text{Özsermaye}}$	İşletmenin fonlanmasında kredi verenler ile hissedarların nispi payını ortaya koyar (White, 2004:666). Bu oran işletmenin borç taşıma kapasitesine ilişkin bir ölçüt sunar, özellikle borç verenler açısından dikkate alınır ve düşük

		olması tercih edilir (Pointer ve Stillman, 2004:70).
Kısa Vadeli Borç Oranı	$\frac{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}{\text{Toplam Yabancı Kaynaklar}}$	İşletmenin borçlarının ne kadarının kısa vadeli (vadesi 12 aydan daha az) borçlardan oluştuğunu gösterir. Borç finansmanın yapısal dengesini ölçer.
Faiz Karşılama Oranı	$\frac{\text{Faiz ve Vergi Öncesi Kar}}{\text{Faiz Giderleri}}$	Bu oran işletmenin vergi ve faiz öncesi karının dış kaynak kullanımı için ödediği faizi karşılama derecesini gösterir. Bu oranın düzeyi işletmenin yeni borç bulmasının yanı sıra faiz oranlarında yaşanabilecek değişimlere karşı korunaklı olup olmadığını da gösterir (Knight ve Bertoneche, 2007:85).

Ek 2. Farklı Pazarlama Performansı Ölçütleri

Ölçüt Türü	Ölçüt Adı	Kapsamı	Dikkate Alınması Gereken Hususlar	Amaç
Pazar ve Zihim Payı	Hasılat pazar payı	$= \frac{\text{Satış Hasılatı}}{\text{Toplam Pazar Hasılatı}}$	Pazar tanımı. İncelenen kanal düzeyi. İskontolar. İncelenen zaman dilimi.	Rekabetçilik ölçümü
	Birim pazar payı	$= \frac{\text{Satış Adedi}}{\text{Toplam Pazar Satış Adedi}}$	Pazar tanımı. İncelenen kanal düzeyi. İncelenen zaman dilimi.	Rekabetçilik ölçümü
	Pazar nüfus oranı	$= \frac{\text{Ürünü Satın Alan Tüketici Sayısı}}{\text{Toplam Nüfus Sayısı}}$	Nüfus temelli olduğu için satış hasılatı veya adedi önemli değildir	Tanımlı bir nüfusun ürün benimseme oranını ölçer. Yeni ürünlerde önemlidir.
	Müşteri tatmini	İşletme veya ürüne ilişkin deneyimlerini belirli bir puanın üzerinde değerlendiren müşteri oranı	Tepki yanlılığı olabilir. Kaybedilen müşterilerin görüşlerini yansıtmaz. Tatmin beklenti ile alakalıdır.	Tekrar satın alma olasılığını gösterir. İyileştirme gerektiren noktalara işaret eder.
Karlılık ve Marjlar	Birim kar marjı	$= \text{Birim Satış Fiyatı} - \text{Birim Maliyet}$	Sektörde yer alan standart birimler nedir? Sabit maliyetlerin atanması durumunda katkı marjını yansıtmayabilir	Ek birim satışların değerini belirlemek. Fiyatlama ve promosyonda yol göstermek
	Kar marjı (%)	$= \frac{\text{Birim Kar Marj}}{\text{Birim Satış Fiyatı}}$	Sabit maliyetlerin atanması durumunda katkı marjını yansıtmayabilir	Farklı ürün / ürün ebadı / ürün biçimi arasında marjların kıyaslanması. Fiyatlama ve Promosyon
	Pazarlama giderleri	Pazarlama giderlerini oluşturan unsurların analizi	Sabit ve değişken pazarlama giderleri olarak ayrılabilir	Pazarlama giderlerinin satışlar doğrultusunda nasıl değiştiğinin anlaşılması
	Ortalama birim fiyatı	$= \frac{\text{Satış Hasılatı}}{\text{Satış Birim Adedi}}$	Bazı birimler (örn. Kilo, litre) üretici için daha anlamlı olabilir. Değişimler fiyatlama kararı sonucu olmayabilir.	Ortalama fiyatların fiyatlama ve ürün karmasındaki değişiklikler karşısında değişimini anlamak.
Ürün ve Portföy Yönetimi	Yıllık büyüme (%)	$= \frac{\text{Satış } T - \text{Satış } T_{-1}}{\text{Satış } T_{-1}}$	Değişim parasal cinsten veya satış adedi üzerinden hesaplanabilir.	Üretim planlaması ve bütçeleme için gerekli.
	Hacim tahmini	Deneme kullanımı hacmi ile tekrar alım hacmi birleştirilir.	Deneme ve tekrar oranları zamana uyandırılmalıdır. Deneyenlerin hepsi tekrarlamak için zaman ve fırsata sahip olmayabilir.	Mevcut satışlar ve satış artışına yönelik üretim ve stok planlaması
	Penetrasyon	Bir önceki dönem kullanıcılar çarpı tekrar oranı artı cari dönemde ilk defa deneyenler	Periyod uzunluğu değerleri etkileyecektir; bir yıllık periyotta müşteri sayısı bir aydan daha fazla olacaktır.	Cari dönemde satın alan nüfusun bir ölçümü
Müşteri Karlılığı	Müşteriler	Belirli bir zaman periyodunda işletmeden satın alan müşteri sayısı	Birden fazla alışveriş yapan müşterilerin tekrar sayılmaması. Müşterilerin iyi bir biçimde tanımlanması.	İşletmenin müşteri cezbetme ve muhafaza etme yeteneğini ölçer
	Koruma	Kaybedilme riski olan müşterilerin muhafaza edilen müşterilere oranı.	Müşteri sayısında artışla karıştırılmamalı. Koruma sadece kontrat ilişkisi olan mevcut müşterilerle ilgilidir.	İşletmenin müşterilerini muhafaza etme yeteneğindeki değişimi takip eder.
	Müşteri karlılığı	Belirli bir dönemde bir müşteriden elde edilen gelir ile müşteri ilişkileri ile ilgili maliyetler arasındaki fark	Gelir ve giderlerin tekil müşteri bazında takip edilmesini gerektirir.	Hangi müşterilerin karlı olduğunun belirlenmesine izin verir. İletme karlılığını arttırmaya yönelik olarak müşteri bazında farklılaşmaya izin verir.
	Müşteri	Müşteri ilişkisinden gelecekte elde	Müşteri ilişkisinden doğacak	Müşteri ilişkileri yönetimi

	yaşam boyu değeri (MYD)	edilmesi muhtemel gelirin bugünkü değeri.	nakit akışının tahminini gerektirir. Kontrat ilişkisi durumlarında daha kolay olacaktır. Formülasyon başlangıç kar marjı ve ilişki tesis maliyeti doğrultusunda değişir.	kararları MYDyi iyileştirme doğrultusunda verilmelidir. Bütçeleme MYD doğrultusunda yapılmalıdır.
Satış Gücü ve Kanal Yönetimi	Stoklar	Kanalda satışa hazır ürün veya marka miktarı.	Kanalın farklı düzeylerinde tutuluyor olabilir. Değerlendirilmesi promosyona veya ıskontoları yansıtan veya yansıtmayan biçimde olabilir.	Talebi karşılama yeteneğinin tayin edilmesi ve kanala yapılan yatırımın belirlenmesi
	Satış potansiyeli tahmini	Potansiyel müşterilerin alım gücü ile çarpımı	Potansiyel müşterilerin müşterilere dönüşme olasılığını değerlendirmemektedir. Alım gücünün hesaplanması bilimden ziyade sanattır.	Satış hedeflerinin belirlenmesinde kullanılır. Kısıtlı kaynakların tahsis edilmesinin faydalı olacağı satış bölgelerinin belirlenmesine yardımcı olur.
	Satış gücü etkililiği	Ziyaret, temas, potansiyel müşteri, aktif müşteri, alım gücü veya maliyet gibi farklı kriterlere göre satış etkililiğini ölçer.	Satış potansiyeli ve iş yükünü etkileyen faktörlere bağlıdır.	Satış çalışanı veya takımının performansının değerlendirilmesi.
Fiyatlama Stratejisi	Fiyat primi	Bir markanın fiyatının mihenk alınan fiyattan yüzde olarak ne kadar fazla olduğu.	Mihenk alınan fiyat; ödenen ortalama fiyat, istenen ortalama fiyat, ortalama etiket fiyatı, rakip fiyatı olabilir. Fiyatlar kanalda herhangi bir düzeyde kıyaslanabilir ve hesaplanırken brüt fiyat veya ıskontoları yansıtan net fiyat olabilir.	Marka fiyatlarının rakiplerle mukayesesine imkan sağlar.
	Rezervasyon fiyatı	Müşterinin bir ürün için ödemeyi göze aldığı en yüksek fiyattır	Rezervasyon fiyatlarının gözlemlenmesi zordur.	Talep eğrisi potansiyel müşterilerin rezervasyon fiyatlarının toplamı olarak düşünülebilir.
Pazarlama ve Finans	Net Kar	= Satış Hasılatı – Toplam Maliyet	Hasılat ve gider kar hesaplamasında karmaşaya neden olabilecek biçimlerde tanımlanabilir.	Temel kar denkelemidir
	Yatırım karlılığı	= $\frac{Net\ Kar}{Yatırımlar}$	Kısa vadede pek anlamlı değildir.	Varlıkların ne denli iyi kullanıldığını gösterir.
	Satışların karlılığı	= $\frac{Net\ Kar}{Satış\ Hasılatı}$	Kabul edilir getiri düzeyleri sektörler ve iş modelleri arasında farklılık gösterir.	Hasılatın kara dönüştürülebilir yüzdesel oranını verir.

Kaynak: Farris vd 2010'dan uyarlanmıştır.

Ek 3. Birinci Tur Delphi Uygulaması Veri Toplama Aracı

Sayın Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Programında hazırlamakta olduğum “İkinci Basamak Kamu Sağlık Kurumlarında Örgütsel Performans Ölçütlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma” adlı doktora tezine katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim. Çalışmanın amacı, ikinci basamak kamu sağlık kuruluşlarının kurumsal performansını ölçmede kullanılabilecek önemli performans ölçütlerini belirlemektir. Bu performans ölçütlerinin; hastane performansını ölçmede kullanılabilen, hastaneler arasında anlamlı kıyaslamalara izin veren ve yönetimin hastane performansını geliştirmesi için iyileştirme yapması gereken noktalara işaret eden ölçütler olması önemlidir. Bu doğrultuda, aşağıda yer alan soruları cevaplamanız ve II. bölümde önerilen performans ölçütlerini yukarıda belirtilen amaç ve özellikler açısından, sahip olduğunuz bilgi ve deneyim birikimi doğrultusunda değerlendirerek 1 ile 10 arasında puanlamanızı rica ederim. Araştırmaya katılımınız, katılımcı bilgileri ve verilen cevaplar hiçbir şekilde paylaşılmayacak veya açıklanmayacaktır. Herhangi bir sorunuz olması durumunda bana [] numaralı telefon veya [] e-posta adresinden ulaşabilirsiniz Araş.Gör. Sinan YILMAZ Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü I. Bölüm: Aşağıda yer alan alanlara sizin için en uygun olanını belirtiniz	
1.	Sahip olduğunuz yönetim rolü: _____ (Başhekim, Başhekim Yrd., Müdür, Müdür Yrd., Başhemşire, Başhemşire Yrd., Kalite Koordinatörü)
2.	Kaç yıldır bu görevde bulunuyorsunuz? _____
3.	Daha önce hastane yönetiminde rol aldınız mı? a) Evet b) Hayır
4.	3. Soruda cevabınız “evet” ise: Önceki rolünüz: _____ Süresi: _____ Eğitim gördüğünüz alan: _____
5.	_____ (Tıbbi personel için uzmanlık alanı, idari personel için eğitim görülen saha)
6.	Yönetim / Yöneticilik ile ilgili eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır
7.	6. Soruda cevabınız “evet” ise aldığınız eğitimin konusu veya konuları: _____ _____
8.	6. Soruda cevabınız “evet” ise aldığınız eğitimin düzeyi/türü: a) Lisans üstü eğitim b) Lisans/önlisans c) Meslek içi eğitim d) Diğer: _____

II. Bölüm: Aşağıdaki listede yer alan performans ölçütlerini, hastane performansının ölçümündeki önemi, hastaneler arasında anlamlı kıyaslamalar için kullanışlılığı ve hastane performansını geliştirmeye yönelik iyileştirme yapılması gereken noktaları belirlemedeki yararlılığı açısından değerlendirerek 1-10 arasında (En düşük önem düzeyi = 1, en yüksek önem düzeyi = 10) bir puan ile derecelendiriniz. Burada yer almayan ancak yer alması gerektiğine inandığınız ölçütler var ise lütfen bunları listenin sonunda sağlanan alanda belirtiniz

Çıktı Ölçütleri			Önem düzeyi (1-10)
Cerrahi ölçütler:			
1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Abdominal aorta anevrizma onarımı operasyonu geçiren ve ilgili bir nedenden 30 gün içinde ölen hasta sayısı / Toplam abdominal aorta onarım operasyonu sayısı	
2	Koroner arter bypass grafiti mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Koroner arter bypass grafiti operasyonu geçiren ve ilgili bir nedenden 30 gün içinde ölen hasta sayısı / Toplam koroner arter bypass grafiti operasyonu sayısı	
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Günübirlik ameliyat yapılan ve yatırılmak veya sevk edilmek zorunda kalan hasta sayısı / Toplam günübirlik operasyon sayısı	
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Aynı yatışta daha önce planlanmamış biçimde ameliyathaneye tekrar alınması gereken hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Cerrahi müdahalenin ardından 30 gün içinde ilgili bir nedenden ölen yatan hasta sayısı / Toplam cerrahi yatan hasta sayısı	
6	Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Kalça replasmanı operasyonu geçiren hastalardan taburcu edilmelerinden itibaren 30 gün içinde ilgili bir şikayetle tekrar yatanlar / Toplam kalça replasmanı operasyonu sayısı	
7	Diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Diz kapağı replasmanı operasyonu geçiren hastalardan taburcu edilmelerinden itibaren 30 gün içinde ilgili bir şikayetle tekrar yatanlar / Toplam diz kapağı replasmanı operasyonu sayısı	
8	Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Cerrahi müdahalenin ardından 30 gün içinde ilgili bir nedenle daha önce planlanmaksızın tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam yatan hasta ameliyat sayısı	
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Ameliyattan sonra 7 gün içinde pulmoner emboli veya derin damar trombozu geçiren hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Belirli bir cerrahi müdahale sonrası 30 gün içinde ilgili bir nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / Belirli bir cerrahi müdahale sayısı	
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Ameliyatı takip eden süreçte dikiş açılması yaşayan hasta sayısı / Toplam dikişli ameliyat sayısı	
12	Anestezi komplikasyonu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Anestezi komplikasyonu yaşayan cerrahi hasta sayısı / Genel anestezi altında yapılan toplam ameliyat sayısı	
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Ameliyat sonrası süreçte ameliyat edilen bölgede enfeksiyon oluşan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	

14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Normal doğumda obstetrik travma yaşayan hasta sayısı / Toplam normal doğum sayısı
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma yaşayan hasta sayısı / Toplam sezaryen doğum sayısı
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Yeni doğanda yaralanmalı travma sayısı / Toplam doğum sayısı
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Yoğun bakım ünitesinden servise transfer sonrası tekrar yoğun bakıma alınan hasta sayısı / Toplam yoğun bakımda yatan hasta sayısı
Dahili tıp ölçütleri		
18	Akut myokard enfarktüs mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde akut myokard enfarktüs veya ilgili nedenden gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam akut myokard enfarktüs hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen myokard enfarktüs hastası sayısı)
19	Kalp yetmezliği mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde kalp yetmezliği veya ilgili nedenden gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam kalp yetmezliği hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen kalp yetmezliği hastası sayısı)
20	Strok mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde strok veya ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam strok hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen strok hastası sayısı)
21	Zatürree mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde zatürree veya ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam zatürree hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen zatürree hastası sayısı)
22	Sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde sindirim sistemi ile ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam sindirim sistemi hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen sindirim sistemi hastası sayısı)
23	Kalça kırıkları mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde kalça kırığı ile ilgili nedenle ölen hasta sayısı / (Toplam kalça kırığı hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen kalça kırığı hastası sayısı)
24	Belirli hastalıklarda mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde belirli bir hastalıkla ilgili nedenle ölen hasta sayısı / (Belirli hastalık teşhisli hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen belirli hastalık teşhisli hasta sayısı)
25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	30 gün içerisinde düşük ölüm oranlı hastalıklarla ilgili nedenlerle ölen hasta sayısı / (Düşük ölüm oranlı hastalık teşhisli hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen düşük ölüm oranlı hastalık teşhisli hasta sayısı)
26	Akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı
27	Kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı
28	Zatürree (Pnömi) planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	

	Ölçümü	Zatürree teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam zatürree teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
29	Strok planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Strok teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
30	Kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Kalça kırığı tedavisi sonrası taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir nedenle tekrar yatırılan hasta sayısı / Kalça kırığı için tedavi edilen toplam hasta sayısı	
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Taburcu edildikten sonra 30 gün içerisinde planlanmamış bir biçimde ilk teşhis ile ilgili bir nedenle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam taburcu edilen yatan hasta sayısı	
Süreç Ölçütleri			
Cerrahi ölçütleri:			
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Operasyon öncesi koruyucu amaçlı antibiyotik kullanılan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Operasyon öncesi koruyucu amaçlı tromboz önleyici kullanılan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
Dahili tıp ölçütleri:			
34	Akut miyokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Akut miyokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 60 dakika içerisinde antiplatelet ilaç verilen hasta sayısı / Toplam miyokard enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
35	Akut miyokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Antiplatelet ilaç reçetelenen akut miyokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut miyokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
36	Akut miyokard enfarktüs - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör/ARB kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Akut miyokard enfarktüs semptomlu hastalardan sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitörü veya ARB verilen hasta sayısı / Toplam sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu olan akut miyokard enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
37	Akut miyokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Akut miyokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 60 dakika içerisinde tromboz önleyicisi kullanılan hasta sayısı / Toplam akut enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
38	Akut miyokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Akut miyokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 180 dakika içerisinde anjiyo yapılan hasta sayısı / Toplam akut enfarktüs semptomlu hasta sayısı	
39	Akut miyokard enfarktüs - Taburcu edilirken beta bloklayıcı reçetelenmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Beta bloklayıcı reçetelenen akut miyokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut miyokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
40	Akut miyokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hastalığı hakkında bilgilendirilerek gerekli yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitilen akut miyokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut miyokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		

	Ölçümü	Sol ventriküler sistolojik işlevin değerlendirildiği kalp yetmezliği semptomu ile başvuran hasta sayısı / Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran toplam hasta sayısı	
42	Ölçümü	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör veya ARB kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran hastalardan sol ventriküler sistolojik işlev bozukluğu için ACE inhibitörü veya ARB kullanılan hasta sayısı / Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran toplam hasta sayısı	
43	Ölçümü	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Hastalığı hakkında bilgilendirilen ve önlemler hakkında eğitilen kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
44	Ölçümü	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Strok semptomu ile başvuran hastalardan tromboz önleyici kullanılan hasta sayısı / Strok semptomu ile başvuran hasta sayısı	
45	Ölçümü	Strok - Taburcu edilirken statin ilaçları reçetelenmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Taburcu edilirken statin ilacı reçetelenen strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
46	Ölçümü	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Hastalığı hakkında bilgilendirilen ve önlemler hakkında eğitilen strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı	
47	Ölçümü	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Rehabilitasyon için değerlendirilmesi yapılan strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli hasta sayısı	
48	Ölçümü	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Strok semptomu ile başvuran hastalardan tıbbi görüntüleme (CT-MR-Ultrason) gerçekleştirilen hasta sayısı / Strok semptomu ile başvuran hasta sayısı	
49	Ölçümü	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Tromboz önleyicisi kullanılan yoğun bakım hastası / Toplam yoğun bakım hastası	
Yapısal Ölçütler			
50	Ölçümü	Sezaryen doğum oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Sezaryen doğumlar / Toplam doğumlar	
51	Ölçümü	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Sezaryen doğum sonrası normal doğum yapan hasta sayısı / Toplam doğum sayısı	
52	Ölçümü	İlk doğumda sezaryen doğum oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Sezaryen doğum yapılan ilk doğum sayısı / Toplam ilk doğum sayısı	
53	Ölçümü	Ameliyathane kullanım oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Günlük yapılan ameliyat sayısı / Günlük ameliyathane kapasitesi	
54	Ölçümü	Doktor başına düşen ameliyat sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Yapılan ameliyat sayısı / Cerrah sayısı	
55	Ölçümü	Doktor başına düşen yatan hasta sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Günlük toplam yatan hasta sayısı / Hekim sayısı	
56	Ölçümü	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Günlük toplam yatan hasta sayısı / Hemşire sayısı	
57	Ölçümü	Yatak doluluk oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir? Dolu yatak sayısı / Toplam yatak sayısı	
58		Ortalama yatış süresinin (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	

	Ölçümü	Toplam yatış gün sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Toplam poliklinik oda sayısı / Aktif çalışan klinisyen uzman sayısı	
Finansal Ölçütler			
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Alacak / Borçlar (Pek çok farklı türevi vardır)	
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	İdari giderler / Toplam giderler	
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı) miktarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Toplam gider / Toplam hasta sayısı	
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	$\sum(\text{Ekipman yaşı} \times \text{ekipman sayısı}) / \text{Toplam ekipman sayısı}$	
64	Vaka başı ortalama maliyetin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Servis bazlı toplam gider / Serviste yatan toplam hasta sayısı	
65	Vaka başı ortalama gelirin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Servis bazlı toplam gelir / Serviste yatan toplam hasta sayısı	
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyinin (genel ve bütçe kalemleri bazında) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Gerçekleşen gelir / Bütçelenen gelir	
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyinin (genel ve bütçe kalemleri bazında) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Gerçekleşen gider / Bütçelenen gider	
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Yatırım giderleri / Gider bütçesi	
Güvenlik Ölçütleri			
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı	
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Vücutta yabancı cisim kalma olayı sayısı / Toplam intrusif cerrahi müdahale sayısı	
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Belirli bir hastalıkta yaşanan komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı / Belirli bir hastalık için toplam yatan hasta sayısı	
72	Transfüzyona tepki veya kan uyumsuzluğu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Transfüzyonda kan uyumsuzluğu veya tepki olayı sayısı / Yapılan toplam transfüzyon sayısı	
73	Düşme ve travma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Düşme ve travma olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Ana damar kateter enfeksiyonu sayısı / Toplam ana damar kateter kullanımı	
75	Bası yarası oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Bası yarası olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		

	Ölçümü	Ameliyat neticesinde kalça kırığı olayı sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma olayı sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk yaşayan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği yaşayan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı	
80	Hastane enfeksiyonları oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hastane enfeksiyonu olayı yaşayan hasta sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
81	İlaça tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	İlaça tepki olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı	
Memnuniyet Ölçütleri			
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyinin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hizmete erişim ve bekleme ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hastane tesisi ve olanakları ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hizmetin güvenliği, kalitesi ve hizmet sunum koordinasyonu ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde sağlık çalışanlarının hastayı yeterli düzeyde bilgilendirmesi ve seçim hakkı sunumu ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hastane çalışanlarının hasta ile iletişim ve sıcak, yakın ilişki kurması ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek veya çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı	
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranlarının (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözümlenmeyen şikayet sayısı) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Şikayet sayısı veya (Çözümlenen şikayet sayısı / Toplam şikayet sayısı)	
İnsan Kaynakları Ölçütleri			
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde memnuniyet düzeyleri yüksek ve çok yüksek çıkan çalışan sayısı / Çalışan memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı	
90	Çalışan anketleri - sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde sağlık, güvenlik ve olumsuz olay (ters kod) maddelerinde memnuniyet düzeyleri yüksek ve çok yüksek çıkan çalışan sayısı / Çalışan memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı	

91	Çalışan anketleri - çalışanların tutumları skorları performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde çalışanların tutumları ile ilgili maddelerdeki skorlar / Memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı
92	Fazla mesai sürelerinin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Toplam fazla mesai süresi / Toplam çalışan sayısı
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyelerinin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Çalışanlara uygulanan anketler ve envanterler aracılığı ile belirlenmiş tükenmişlik skorları ve motivasyon dereceleri
94	İşgücü devir oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Belirli bir dönemde işten ayrılan sayısı / Toplam çalışan sayısı
95	İşe gelme / Devamsızlık oranlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	$\Sigma(\text{Mazeretli veya mazertsiz işe gelmeyen personel sayısı} \times \text{işe gelinmeyen gün sayısı}) / (\text{Çalışan sayısı} \times \text{Toplam iş günü sayısı})$
96	Meslek içi eğitim harcamaları (süreleri) miktarlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Meslek içi eğitim için toplam harcama veya meslek içi eğitim için çalışan başına harcama veya toplam meslek içi eğitim süresi veya çalışan başına meslek içi eğitim süresi
Rekabet Ölçütleri		
97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmanın performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketinde hastaneye ilişkin öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu maddesini her zaman veya çoğu zaman olarak işaretleyen hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmanın performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketinde hastaneye ilişkin öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu maddesini her zaman veya çoğu zaman olarak işaretleyen hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı
99	Pazar payının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hastaneden hizmet alan toplam birey sayısı / Pazarı oluşturan nüfus
Diğer Ölçütler		
100	Hastanenin tanınmışlığının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin tanınmışlık düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı
101	Hastaneye güvenin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastaneye duyulan güven düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin olumlu tıbbi ve çevresel etkisini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin yasalara uyumu ve etik davranış düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin paydaşlarla bilgi paylaşım düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı
105	Hastane imajının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin olumlu imaj düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	

	Ölçümü	Medyada yer alan olumlu haber sayısı	
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		
	Ölçümü	Medyada yer alan olumsuz haber sayısı	
Ölçüt Önerileriniz			

Ek 5. Birinci Tur Delphi Uygulaması Frekans Tablosu

1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	4	8	4	3	10	2	1	1		42	10	52
Geçerli Yüzde	21,4	9,5	19,0	9,5	7,1	23,8	4,8	2,4	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,4	31,0	50,0	59,5	66,7	90,5	95,2	97,6	100,0	100,0			
2	Koroner arter bypass graftı mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	16		9	7	3	5	1	1			42	10	52
Geçerli Yüzde	38,1	0,0	21,4	16,7	7,1	11,9	2,4	2,4	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	38,1	38,1	59,5	76,2	83,3	95,2	97,6	100,0	100,0	100,0			
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	6	5	5	5	9	1	1			42	10	52
Geçerli Yüzde	23,8	14,3	11,9	11,9	11,9	21,4	2,4	2,4	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,8	38,1	50,0	61,9	73,8	95,2	97,6	100,0	100,0	100,0			
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	8	5	7	5	7			2		42	10	52
Geçerli Yüzde	19,0	19,0	11,9	16,7	11,9	16,7	0,0	0,0	4,8	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	19,0	38,1	50,0	66,7	78,6	95,2	95,2	95,2	100,0	100,0			
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	9	7	10	4	2		1			42	10	52
Geçerli Yüzde	21,4	21,4	16,7	23,8	9,5	4,8	0,0	2,4	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,4	42,9	59,5	83,3	92,9	97,6	97,6	100,0	100,0	100,0			
6	Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	4	13	9	6	4	3			1	42	10	52
Geçerli Yüzde	4,8	9,5	31,0	21,4	14,3	9,5	7,1	0,0	0,0	2,4	100		
Kümülatif Yüzde	4,8	14,3	45,2	66,7	81,0	90,5	97,6	97,6	97,6	100,0			
7	Diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	2	11	4	10	6	4			1	42	10	52
Geçerli Yüzde	9,5	4,8	26,2	9,5	23,8	14,3	9,5	0,0	0,0	2,4	100		
Kümülatif Yüzde	9,5	14,3	40,5	50,0	73,8	88,1	97,6	97,6	97,6	100,0			
8	Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3	8	7	12	6	4	3				43	9	52
Geçerli Yüzde	7,0	18,6	16,3	27,9	14,0	9,3	7,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,0	25,6	41,9	69,8	83,7	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			

Frekans	9	8	8	5	3	8	1				42	10	52
Geçerli Yüzde	21,4	19,0	19,0	11,9	7,1	19,0	2,4	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,4	40,5	59,5	71,4	78,6	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0			
10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	4	5	14	7	1	1	1			42	10	52
Geçerli Yüzde	21,4	9,5	11,9	33,3	16,7	2,4	2,4	2,4	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,4	31,0	42,9	76,2	92,9	95,2	97,6	100,0	100,0	100,0			
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	6	10	5	4	5	1	1			42	10	52
Geçerli Yüzde	23,8	14,3	23,8	11,9	9,5	11,9	2,4	2,4	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,8	38,1	61,9	73,8	83,3	95,2	97,6	100,0	100,0	100,0			
12	Anestezi komplikasyonu oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	9	12	6	4	4	1				43	9	52
Geçerli Yüzde	16,3	20,9	27,9	14,0	9,3	9,3	2,3	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	16,3	37,2	65,1	79,1	88,4	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0			
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	13	17	8	2	1	1	1				43	9	52
Geçerli Yüzde	30,2	39,5	18,6	4,7	2,3	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	30,2	69,8	88,4	93,0	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0			
14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	6	18	4	1	2			1		43	9	52
Geçerli Yüzde	25,6	14,0	41,9	9,3	2,3	4,7	0,0	0,0	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,6	39,5	81,4	90,7	93,0	97,7	97,7	97,7	100,0	100,0			
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	14	10	12	4	2	1					43	9	52
Geçerli Yüzde	32,6	23,3	27,9	9,3	4,7	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	32,6	55,8	83,7	93,0	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	15	15	7	6							43	9	52
Geçerli Yüzde	34,9	34,9	16,3	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	34,9	69,8	86,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	5	10	11	3	6	3	1			43	9	52
Geçerli Yüzde	9,3	11,6	23,3	25,6	7,0	14,0	7,0	2,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	9,3	20,9	44,2	69,8	76,7	90,7	97,7	100,0	100,0	100,0			
18	Akut myokard enfarktüs mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	1	12	8	4	6	1	1	1		42	10	52
Geçerli Yüzde	19,0	2,4	28,6	19,0	9,5	14,3	2,4	2,4	2,4	0,0	100		

Kümülatif Yüzde	19,0	21,4	50,0	69,0	78,6	92,9	95,2	97,6	100,0	100,0			
19	Kalp yetmezliği mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3	0	6	16	6	6	1	2	2		42	10	52
Geçerli Yüzde	7,1	0,0	14,3	38,1	14,3	14,3	2,4	4,8	4,8	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,1	7,1	21,4	59,5	73,8	88,1	90,5	95,2	100,0	100,0			
20	Strok mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3	3	8	11	7	7	2				41	11	52
Geçerli Yüzde	7,3	7,3	19,5	26,8	17,1	17,1	4,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,3	14,6	34,1	61,0	78,0	95,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
21	Zatürree mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	3	12	10	3	11			1		42	10	52
Geçerli Yüzde	4,8	7,1	28,6	23,8	7,1	26,2	0,0	0,0	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	4,8	11,9	40,5	64,3	71,4	97,6	97,6	97,6	100,0	100,0			
22	Sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	0	10	15	7	5			1	1	41	11	52
Geçerli Yüzde	4,9	0,0	24,4	36,6	17,1	12,2	0,0	0,0	2,4	2,4	100		
Kümülatif Yüzde	4,9	4,9	29,3	65,9	82,9	95,1	95,1	95,1	97,6	100,0			
23	Kalça kırıkları mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans		2	16	11	4	6	1	1	1		42	10	52
Geçerli Yüzde	0,0	4,8	38,1	26,2	9,5	14,3	2,4	2,4	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	0,0	4,8	42,9	69,0	78,6	92,9	95,2	97,6	100,0	100,0			
24	Belirli hastalıklarda mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	3	9	9	9	5		2	1		43	9	52
Geçerli Yüzde	11,6	7,0	20,9	20,9	20,9	11,6	0,0	4,7	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,6	18,6	39,5	60,5	81,4	93,0	93,0	97,7	100,0	100,0			
25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	11	8	7	1	5		2	3		41	11	52
Geçerli Yüzde	9,8	26,8	19,5	17,1	2,4	12,2	0,0	4,9	7,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	9,8	36,6	56,1	73,2	75,6	87,8	87,8	92,7	100,0	100,0			
26	Akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	4	7	8	10	3	2	1	3		42	10	52
Geçerli Yüzde	9,5	9,5	16,7	19,0	23,8	7,1	4,8	2,4	7,1	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	9,5	19,0	35,7	54,8	78,6	85,7	90,5	92,9	100,0	100,0			
27	Kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	2	10	7	7	9	3	2	1		42	10	52
Geçerli Yüzde	2,4	4,8	23,8	16,7	16,7	21,4	7,1	4,8	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,4	7,1	31,0	47,6	64,3	85,7	92,9	97,6	100,0	100,0			

28	Zatürree (Pnömi) planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	6	2	7	15	6		3	2		42	10	52
Geçerli Yüzde	2,4	14,3	4,8	16,7	35,7	14,3	0,0	7,1	4,8	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,4	16,7	21,4	38,1	73,8	88,1	88,1	95,2	100,0	100,0			
29	Strok planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	1	8	6	9	11	2	2	1		41	11	52
Geçerli Yüzde	2,4	2,4	19,5	14,6	22,0	26,8	4,9	4,9	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,4	4,9	24,4	39,0	61,0	87,8	92,7	97,6	100,0	100,0			
30	Kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	4	8	6	6	12	1	2		1	42	10	52
Geçerli Yüzde	4,8	9,5	19,0	14,3	14,3	28,6	2,4	4,8	0,0	2,4	100		
Kümülatif Yüzde	4,8	14,3	33,3	47,6	61,9	90,5	92,9	97,6	97,6	100,0			
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	5	11	13	5	5	1	1			43	9	52
Geçerli Yüzde	4,7	11,6	25,6	30,2	11,6	11,6	2,3	2,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	4,7	16,3	41,9	72,1	83,7	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0			
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	11	8	4	3	4		1	2		41	11	52
Geçerli Yüzde	19,5	26,8	19,5	9,8	7,3	9,8	0,0	2,4	4,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	19,5	46,3	65,9	75,6	82,9	92,7	92,7	95,1	100,0	100,0			
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	7	10	3	5	4	1	4	1		41	11	52
Geçerli Yüzde	14,6	17,1	24,4	7,3	12,2	9,8	2,4	9,8	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,6	31,7	56,1	63,4	75,6	85,4	87,8	97,6	100,0	100,0			
34	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	5	7	7	3	3		1	3	1	40	12	52
Geçerli Yüzde	25,0	12,5	17,5	17,5	7,5	7,5	0,0	2,5	7,5	2,5	100		
Kümülatif Yüzde	25,0	37,5	55,0	72,5	80,0	87,5	87,5	90,0	97,5	100,0			
35	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	5	6	9	1	4	1	2	2		41	11	52
Geçerli Yüzde	26,8	12,2	14,6	22,0	2,4	9,8	2,4	4,9	4,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,8	39,0	53,7	75,6	78,0	87,8	90,2	95,1	100,0	100,0			
36	Akut myokard enfarktüs - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör/ARB kullanımı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	3	13	7	9		1	3	1	2	41	11	52

Geçerli Yüzde	4,9	7,3	31,7	17,1	22,0	0,0	2,4	7,3	2,4	4,9	100		
Kümülatif Yüzde	4,9	12,2	43,9	61,0	82,9	82,9	85,4	92,7	95,1	100,0			
37	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	5	8	8	7			3			41	11	52
Geçerli Yüzde	24,4	12,2	19,5	19,5	17,1	0,0	0,0	7,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	24,4	36,6	56,1	75,6	92,7	92,7	92,7	100,0	100,0	100,0			
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	15	4	5	4	1			1	1	41	11	52
Geçerli Yüzde	24,4	36,6	9,8	12,2	9,8	2,4	0,0	0,0	2,4	2,4	100		
Kümülatif Yüzde	24,4	61,0	70,7	82,9	92,7	95,1	95,1	95,1	97,6	100,0			
39	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken beta bloklayıcı reçetelenmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	2	9	13	3	1		2	2	2	41	11	52
Geçerli Yüzde	17,1	4,9	22,0	31,7	7,3	2,4	0,0	4,9	4,9	4,9	100		
Kümülatif Yüzde	17,1	22,0	43,9	75,6	82,9	85,4	85,4	90,2	95,1	100,0			
40	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	11	12	4	1	1	1				41	11	52
Geçerli Yüzde	26,8	26,8	29,3	9,8	2,4	2,4	2,4	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,8	53,7	82,9	92,7	95,1	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0			
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5		12	18	3	1	1		1		41	11	52
Geçerli Yüzde	12,2	0,0	29,3	43,9	7,3	2,4	2,4	0,0	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	12,2	12,2	41,5	85,4	92,7	95,1	97,6	97,6	100,0	100,0			
42	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör veya ARB kullanımı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3		12	15	4		2	4	1		41	11	52
Geçerli Yüzde	7,3	0,0	29,3	36,6	9,8	0,0	4,9	9,8	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,3	7,3	36,6	73,2	82,9	82,9	87,8	97,6	100,0	100,0			
43	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	8	10	5	7				1		41	11	52
Geçerli Yüzde	24,4	19,5	24,4	12,2	17,1	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	24,4	43,9	68,3	80,5	97,6	97,6	97,6	97,6	100,0	100,0			
44	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	8	8	7	6	1			2		41	11	52
Geçerli Yüzde	22,0	19,5	19,5	17,1	14,6	2,4	0,0	0,0	4,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	22,0	41,5	61,0	78,0	92,7	95,1	95,1	95,1	100,0	100,0			

45	Strok - Taburcu edilirken statin ilaçları reçetelenmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	7	6	14	2	2	1	3	2		41	11	52
Geçerli Yüzde	9,8	17,1	14,6	34,1	4,9	4,9	2,4	7,3	4,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	9,8	26,8	41,5	75,6	80,5	85,4	87,8	95,1	100,0	100,0			
46	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	11	10	6	3	1					41	11	52
Geçerli Yüzde	24,4	26,8	24,4	14,6	7,3	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	24,4	51,2	75,6	90,2	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
47	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	9	3	8	6	3	1				41	11	52
Geçerli Yüzde	26,8	22,0	7,3	19,5	14,6	7,3	2,4	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,8	48,8	56,1	75,6	90,2	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0			
48	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	4	7	8	6	2		3			41	11	52
Geçerli Yüzde	26,8	9,8	17,1	19,5	14,6	4,9	0,0	7,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,8	36,6	53,7	73,2	87,8	92,7	92,7	100,0	100,0	100,0			
49	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	6	8	4	7	1	1	1	1		41	11	52
Geçerli Yüzde	29,3	14,6	19,5	9,8	17,1	2,4	2,4	2,4	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	29,3	43,9	63,4	73,2	90,2	92,7	95,1	97,6	100,0	100,0			
50	Sezaryen doğum oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	16	8	5	3	6		2			45	7	52
Geçerli Yüzde	11,1	35,6	17,8	11,1	6,7	13,3	0,0	4,4	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,1	46,7	64,4	75,6	82,2	95,6	95,6	100,0	100,0	100,0			
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	6	8	8	2	4		4	1	1	44	8	52
Geçerli Yüzde	22,7	13,6	18,2	18,2	4,5	9,1	0,0	9,1	2,3	2,3	100		
Kümülatif Yüzde	22,7	36,4	54,5	72,7	77,3	86,4	86,4	95,5	97,7	100,0			
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	13	5	13	5	5	1	1		2		45	7	52
Geçerli Yüzde	28,9	11,1	28,9	11,1	11,1	2,2	2,2	0,0	4,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	28,9	40,0	68,9	80,0	91,1	93,3	95,6	95,6	100,0	100,0			
53	Ameliyathane kullanım oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	20	7	8	5	7	1		1			49	3	52
Geçerli Yüzde	40,8	14,3	16,3	10,2	14,3	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	40,8	55,1	71,4	81,6	95,9	98,0	98,0	100,0	100,0	100,0			
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısı										Geçerli	Eksik	Toplam

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam		
Frekans	11	12	14	3	1	4	3	1			49	3	52
Geçerli Yüzde	22,4	24,5	28,6	6,1	2,0	8,2	6,1	2,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	22,4	46,9	75,5	81,6	83,7	91,8	98,0	100,0	100,0	100,0			
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	10	14	7	2	1	3	1			49	3	52
Geçerli Yüzde	22,4	20,4	28,6	14,3	4,1	2,0	6,1	2,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	22,4	42,9	71,4	85,7	89,8	91,8	98,0	100,0	100,0	100,0			
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	17	11	9	7	3	2					49	3	52
Geçerli Yüzde	34,7	22,4	18,4	14,3	6,1	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	34,7	57,1	75,5	89,8	95,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
57	Yatak doluluk oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	16	12	8	9	1	1	1	1			49	3	52
Geçerli Yüzde	32,7	24,5	16,3	18,4	2,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	32,7	57,1	73,5	91,8	93,9	95,9	98,0	100,0	100,0	100,0			
58	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir)										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	20	11	4	1	1					48	4	52
Geçerli Yüzde	22,9	41,7	22,9	8,3	2,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	22,9	64,6	87,5	95,8	97,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	16	10	14	7	1	1					49	3	52
Geçerli Yüzde	32,7	20,4	28,6	14,3	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	32,7	53,1	81,6	95,9	98,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	24	8	9	8	2	1					52	0	52
Geçerli Yüzde	46,2	15,4	17,3	15,4	3,8	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	46,2	61,5	78,8	94,2	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	13	9	13	8	6	3					52	0	52
Geçerli Yüzde	25,0	17,3	25,0	15,4	11,5	5,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,0	42,3	67,3	82,7	94,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı) miktarı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	13	6	6	15	4	7		1			52	0	52
Geçerli Yüzde	25,0	11,5	11,5	28,8	7,7	13,5	0,0	1,9	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,0	36,5	48,1	76,9	84,6	98,1	98,1	100,0	100,0	100,0			
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			

Frekans	6	7	16	10	4	6		3			52	0	52
Geçerli Yüzde	11,5	13,5	30,8	19,2	7,7	11,5	0,0	5,8	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,5	25,0	55,8	75,0	82,7	94,2	94,2	100,0	100,0	100,0			
64	Vaka başı ortalama maliyet										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	10	11	8	5	3	3				52	0	52
Geçerli Yüzde	23,1	19,2	21,2	15,4	9,6	5,8	5,8	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,1	42,3	63,5	78,8	88,5	94,2	100,0	100,0	100,0	100,0			
65	Vaka başı ortalama gelir										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	13	12	9	4	5	8			1		52	0	52
Geçerli Yüzde	25,0	23,1	17,3	7,7	9,6	15,4	0,0	0,0	1,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,0	48,1	65,4	73,1	82,7	98,1	98,1	98,1	100,0	100,0			
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	14	13	11	10	2	1	1				52	0	52
Geçerli Yüzde	26,9	25,0	21,2	19,2	3,8	1,9	1,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,9	51,9	73,1	92,3	96,2	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	16	12	10	9	3	1	1				52	0	52
Geçerli Yüzde	30,8	23,1	19,2	17,3	5,8	1,9	1,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	30,8	53,8	73,1	90,4	96,2	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	14	7	7	14	5	3	1				51	1	52
Geçerli Yüzde	27,5	13,7	13,7	27,5	9,8	5,9	2,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	27,5	41,2	54,9	82,4	92,2	98,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	14	12	10	4	5	2	1	1		1	50	2	52
Geçerli Yüzde	28,0	24,0	20,0	8,0	10,0	4,0	2,0	2,0	0,0	2,0	100		
Kümülatif Yüzde	28,0	52,0	72,0	80,0	90,0	94,0	96,0	98,0	98,0	100,0			
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	20	5	9	7	3	4	1	1			50	2	52
Geçerli Yüzde	40,0	10,0	18,0	14,0	6,0	8,0	2,0	2,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	40,0	50,0	68,0	82,0	88,0	96,0	98,0	100,0	100,0	100,0			
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	4	23	5	2	2		1	1		50	2	52
Geçerli Yüzde	24,0	8,0	46,0	10,0	4,0	4,0	0,0	2,0	2,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	24,0	32,0	78,0	88,0	92,0	96,0	96,0	98,0	100,0	100,0			
72	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			

Frekans	21	1	12	2	6	4	1	1	2		50	2	52
Geçerli Yüzde	42,0	2,0	24,0	4,0	12,0	8,0	2,0	2,0	4,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	42,0	44,0	68,0	72,0	84,0	92,0	94,0	96,0	100,0	100,0			
73	Düşme ve travma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	13	4	17	7	4	2		2	1		50	2	52
Geçerli Yüzde	26,0	8,0	34,0	14,0	8,0	4,0	0,0	4,0	2,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,0	34,0	68,0	82,0	90,0	94,0	94,0	98,0	100,0	100,0			
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	14	13	6	5	3					50	2	52
Geçerli Yüzde	18,0	28,0	26,0	12,0	10,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,0	46,0	72,0	84,0	94,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
75	Bası yarası oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	14	7	7	3	3	3	1			49	3	52
Geçerli Yüzde	22,4	28,6	14,3	14,3	6,1	6,1	6,1	2,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	22,4	51,0	65,3	79,6	85,7	91,8	98,0	100,0	100,0	100,0			
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	6	6	16	10	2			2	1	47	5	52
Geçerli Yüzde	8,5	12,8	12,8	34,0	21,3	4,3	0,0	0,0	4,3	2,1	100		
Kümülatif Yüzde	8,5	21,3	34,0	68,1	89,4	93,6	93,6	93,6	97,9	100,0			
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	6	21	8	6	1					49	3	52
Geçerli Yüzde	14,3	12,2	42,9	16,3	12,2	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,3	26,5	69,4	85,7	98,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	6	15	16	5	3	1		2		49	3	52
Geçerli Yüzde	2,0	12,2	30,6	32,7	10,2	6,1	2,0	0,0	4,1	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,0	14,3	44,9	77,6	87,8	93,9	95,9	95,9	100,0	100,0			
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	2	20	14	7	1		1		1	48	4	52
Geçerli Yüzde	4,2	4,2	41,7	29,2	14,6	2,1	0,0	2,1	0,0	2,1	100		
Kümülatif Yüzde	4,2	8,3	50,0	79,2	93,8	95,8	95,8	97,9	97,9	100,0			
80	Hastane enfeksiyonları oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	20	17	8	2	2						49	3	52
Geçerli Yüzde	40,8	34,7	16,3	4,1	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	40,8	75,5	91,8	95,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
81	İlaç tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	10	10	9	4	3		1	1		49	3	52
Geçerli Yüzde	22,4	20,4	20,4	18,4	8,2	6,1	0,0	2,0	2,0	0,0	100		

Kümülatif Yüzde	22,4	42,9	63,3	81,6	89,8	95,9	95,9	98,0	100,0	100,0			
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	12	18	15	4	1			2			52	0	52
Geçerli Yüzde	23,1	34,6	28,8	7,7	1,9	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,1	57,7	86,5	94,2	96,2	96,2	96,2	100,0	100,0	100,0			
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	12	17	11	8	2		2				52	0	52
Geçerli Yüzde	23,1	32,7	21,2	15,4	3,8	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,1	55,8	76,9	92,3	96,2	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0			
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	13	9	18	7		2	1	2			52	0	52
Geçerli Yüzde	25,0	17,3	34,6	13,5	0,0	3,8	1,9	3,8	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,0	42,3	76,9	90,4	90,4	94,2	96,2	100,0	100,0	100,0			
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorları										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	11	14	14	7	1	1	3	1			52	0	52
Geçerli Yüzde	21,2	26,9	26,9	13,5	1,9	1,9	5,8	1,9	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	48,1	75,0	88,5	90,4	92,3	98,1	100,0	100,0	100,0			
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorları										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	14	11	12	9	3	1	2				52	0	52
Geçerli Yüzde	26,9	21,2	23,1	17,3	5,8	1,9	3,8	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,9	48,1	71,2	88,5	94,2	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0			
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	7	7	16	18	1	2	1				52	0	52
Geçerli Yüzde	13,5	13,5	30,8	34,6	1,9	3,8	1,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	13,5	26,9	57,7	92,3	94,2	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranı (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözülmemeyen şikayet sayısı)										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	16	14	10	8	2	1			1		52	0	52
Geçerli Yüzde	30,8	26,9	19,2	15,4	3,8	1,9	0,0	0,0	1,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	30,8	57,7	76,9	92,3	96,2	98,1	98,1	98,1	100,0	100,0			
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	15	10	13	7	5	2					52	0	52
Geçerli Yüzde	28,8	19,2	25,0	13,5	9,6	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	28,8	48,1	73,1	86,5	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
90	Çalışan anketleri - sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	11	12	14	11	3	1					52	0	52
Geçerli Yüzde	21,2	23,1	26,9	21,2	5,8	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100		

Kümülatif Yüzde	21,2	44,2	71,2	92,3	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
91	Çalışan anketleri - çalışanların tutumları skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	11	15	12	2	2	1	1			52	0	52
Geçerli Yüzde	15,4	21,2	28,8	23,1	3,8	3,8	1,9	1,9	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	15,4	36,5	65,4	88,5	92,3	96,2	98,1	100,0	100,0	100,0			
92	Fazla mesai süreleri										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	8	11	15	5	5		2			52	0	52
Geçerli Yüzde	11,5	15,4	21,2	28,8	9,6	9,6	0,0	3,8	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,5	26,9	48,1	76,9	86,5	96,2	96,2	100,0	100,0	100,0			
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	14	7	19	8	2	1	1				52	0	52
Geçerli Yüzde	26,9	13,5	36,5	15,4	3,8	1,9	1,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	26,9	40,4	76,9	92,3	96,2	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
94	İşgücü devir oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	6	12	18	8	2	1	1			52	0	52
Geçerli Yüzde	7,7	11,5	23,1	34,6	15,4	3,8	1,9	1,9	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,7	19,2	42,3	76,9	92,3	96,2	98,1	100,0	100,0	100,0			
95	İşe gelmeme / Devamsızlık oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	5	12	21	4	2		2		1	52	0	52
Geçerli Yüzde	9,6	9,6	23,1	40,4	7,7	3,8	0,0	3,8	0,0	1,9	100		
Kümülatif Yüzde	9,6	19,2	42,3	82,7	90,4	94,2	94,2	98,1	98,1	100,0			
96	Meslek içi eğitim harcamaları (süreleri) miktarı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	2	19	13	3	3	1				52	0	52
Geçerli Yüzde	21,2	3,8	36,5	25,0	5,8	5,8	1,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	25,0	61,5	86,5	92,3	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olması										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	20	10	14	5	2						51	1	52
Geçerli Yüzde	39,2	19,6	27,5	9,8	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	39,2	58,8	86,3	96,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olması										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	18	15	10	4	2	1				1	51	1	52
Geçerli Yüzde	35,3	29,4	19,6	7,8	3,9	2,0	0,0	0,0	0,0	2,0	100		
Kümülatif Yüzde	35,3	64,7	84,3	92,2	96,1	98,0	98,0	98,0	98,0	100,0			
99	Pazar payı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	16	6	9	4	1		2	1		50	2	52
Geçerli Yüzde	22,0	32,0	12,0	18,0	8,0	2,0	0,0	4,0	2,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	22,0	54,0	66,0	84,0	92,0	94,0	94,0	98,0	100,0	100,0			

100	Hastanenin tanınmışlığı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	13	10	11	6	2		2	1		52	0	52
Geçerli Yüzde	13,5	25,0	19,2	21,2	11,5	3,8	0,0	3,8	1,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	13,5	38,5	57,7	78,8	90,4	94,2	94,2	98,1	100,0	100,0			
101	Hastaneye güven										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	21	13	10	3	1	3			1		52	0	52
Geçerli Yüzde	40,4	25,0	19,2	5,8	1,9	5,8	0,0	0,0	1,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	40,4	65,4	84,6	90,4	92,3	98,1	98,1	98,1	100,0	100,0			
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	21	11	6	3	4	1	1	1		52	0	52
Geçerli Yüzde	7,7	40,4	21,2	11,5	5,8	7,7	1,9	1,9	1,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,7	48,1	69,2	80,8	86,5	94,2	96,2	98,1	100,0	100,0			
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	13	10	11	3	2	1				52	0	52
Geçerli Yüzde	23,1	25,0	19,2	21,2	5,8	3,8	1,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,1	48,1	67,3	88,5	94,2	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	8	15	6	7	7		1	1		52	0	52
Geçerli Yüzde	13,5	15,4	28,8	11,5	13,5	13,5	0,0	1,9	1,9	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	13,5	28,8	57,7	69,2	82,7	96,2	96,2	98,1	100,0	100,0			
105	Hastane imajı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	16	7	11	3	2	1	1			52	0	52
Geçerli Yüzde	21,2	30,8	13,5	21,2	5,8	3,8	1,9	1,9	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	51,9	65,4	86,5	92,3	96,2	98,1	100,0	100,0	100,0			
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	8	9	11	8	4	1	1		1	50	2	52
Geçerli Yüzde	14,0	16,0	18,0	22,0	16,0	8,0	2,0	2,0	0,0	2,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,0	30,0	48,0	70,0	86,0	94,0	96,0	98,0	98,0	100,0			
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	11	5	8	8	8		1	1	1	49	3	52
Geçerli Yüzde	12,2	22,4	10,2	16,3	16,3	16,3	0,0	2,0	2,0	2,0	100		
Kümülatif Yüzde	12,2	34,7	44,9	61,2	77,6	93,9	93,9	95,9	98,0	100,0			

Ek 5. Birinci Tur Delphi Uygulaması Katılımcı Değerlendirmeleri Sonuçları

Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Mod	Std Sapma	Ort	Min	Max	Ranj	İlk Çeyrek	Son Çeyrek	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar	?
	Cerrahi Çıktı Ölçütleri													
1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı	8	5	2,23	7,26	2	10	8	5	9	4	50	Tekrar	İkisinde
2	Koroner arter bypass grafitı mortalite oranı	8	10	2	8	3	10	7	7	10	3	59,5	Tekrar	Uzlaş
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı	8	10	2,09	7,43	3	10	7	5	9	4	50	Tekrar	İkisinde
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı	8	9	2,13	7,4	2	10	8	6	9	3	50	Tekrar	İkisinde
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı	8	9	1,67	8	3	10	7	7	9	2	59,5	Tut	
6	Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	7	7	1,76	6,93	1	10	9	6	8	2	45,2	At	
7	Diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	6,5	6	1,92	6,67	1	10	9	6	8	2	40,5	At	
8	Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	7	7	1,63	7,26	4	10	6	6	9	3	41,9	Tekrar	İkisinde
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı	8	9	1,84	7,79	4	10	6	6	9	3	59,5	Tekrar	İkisinde
10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı	7	7	1,74	7,64	3	10	7	7	9	2	42,9	Tekrar	Ortalama
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı	8	8	1,91	7,74	3	10	7	6	9	3	61,9	Tekrar	İkisinde
12	Anestezi komplikasyonu oranı	8	8	1,62	7,84	4	10	6	7	9	2	65,1	Tekrar	Ortalama
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı	9	9	1,37	8,7	4	10	6	8	10	2	88,4	Tut	
14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı	8	8	1,54	8,33	2	10	8	8	10	2	81,4	Tut	
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı	9	10	1,27	8,67	5	10	5	8	10	2	83,7	Tut	
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı	9	9	1	8,95	7	10	3	8	10	2	86	Tut	
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranı	7	7	1,79	7,19	3	10	7	6	8	2	44,2	Tekrar	Ortalama
	Dahili Tıp Çıktı Ölçer													
18	Akut myokard enfarktüs mortalite oranı	8	8	2,01	7,36	2	10	8	6	8	2	50	Tekrar	Ortalama

19	Kalp yetmezliği mortalite oranı	7	7	1,92	6,55	2	10	8	6	7	1	21,4	At	
20	Strok mortalite oranı	7	7	1,69	6,95	3	10	7	6	8	2	34,1	At	
21	Zatürree mortalite oranı	7	8	1,64	6,93	2	10	8	5	8	3	40,5	At	
22	Sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranı	7	7	1,66	6,73	1	10	9	6	8	2	29,3	At	
23	Kalça kırıkları mortalite oranı	7	8	1,54	6,83	2	9	7	6	8	2	42,9	At	
24	Belirli hastalıklarda mortalite oranı	7	6	1,88	6,98	2	10	8	6	8	2	39,5	At	
25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı	8	9	2,29	7,24	2	10	8	7	9	2	56,1	Tekrar	Ortalama
26	Akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranı	7	6	2,16	6,71	2	10	8	6	8	2	35,7	At	
27	Kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranı	6,5	8	1,83	6,38	2	10	8	5	8	3	31	At	
28	Zatürree (Pnömi) planlanmamış tekrar yatış oranı	6	6	1,91	6,31	2	10	8	6	7	1	21,4	At	
29	Strok planlanmamış tekrar yatış oranı	6	5	1,72	6,17	2	10	8	5	8	3	24,4	At	
30	Kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranı	6,5	5	1,95	6,45	1	10	9	5	8	3	33,3	At	
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranı	7	7	1,53	7,07	3	10	7	6	8	2	41,9	Tekrar	Ortalama
	Cerrahi Süreç Ölçütleri													
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı	8	9	2,17	7,68	2	10	8	7	9	2	65,9	Tekrar	Ortalama
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranı	8	8	2,29	7,12	2	10	8	6	9	3	56,1	Tekrar	İkisinde
	Dahili Tıp Süreç Ölçütleri													
34	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı	8	10	2,54	7,43	1	10	9	6,5	9,5	3	55	Tekrar	İkisinde
35	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranı	8	10	2,61	7,44	1	10	9	7	10	3	53,7	Tekrar	İkisinde
36	Akut myokard enfarktüs - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitor/ARB kullanımı oranı	7	8	2,26	6,63	1	10	9	6	8	2	43,9	At	
37	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranı	8	10	1,93	7,68	3	10	7	7	9	2	56,1	Tekrar	Ortalama
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranı	9	9	2,06	8,15	1	10	9	7	9	2	70,7	Tut	

39	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken beta bloklayıcı reçetelenmesi oranı	7	7	2,45	6,98	1	10	9	7	8	1	43,9	At	
40	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı	9	8	1,38	8,44	4	10	6	8	9	1	82,9	Tut	
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranı	7	7	1,55	7,37	2	10	8	7	8	1	41,5	Tekrar	Ortalama
42	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör veya ARB kullanımı oranı	7	7	1,95	6,8	2	10	8	6	8	2	36,6	At	
43	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı	8	8	1,71	8,07	2	10	8	7	9	2	68,3	Tut	
44	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı	8	7	1,94	7,73	2	10	8	7	9	2	61	Tekrar	Ortalama
45	Strok - Taburcu edilirken statin ilaçları reçetelenmesi oranı	7	7	2,14	6,98	2	10	8	7	8	1	41,5	At	
46	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı	8	8	1,35	8,34	5	10	5	7	9	2	75,6	Tut	
47	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı	8	10	1,79	7,93	4	10	6	7	10	3	56,1	Tekrar	Ortalama
48	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı	8	10	2,05	7,63	3	10	7	6	10	4	53,7	Tekrar	Ortalama
49	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı	8	10	2,06	7,83	2	10	8	6	10	4	62,4	Tekrar	Ortalama
	Yapısal Ölçütler													
50	Sezaryen doğum oranı	8	9	1,87	7,71	3	10	7	7	9	2	64,4	Tekrar	Ortalama
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı	8	10	2,46	7,3	1	10	9	6	9	3	54,5	Tekrar	Ortalama
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranı	8	8	2,35	7,73	1	10	9	7	10	3	68,9	Tekrar	Ortalama
53	Ameliyathane kullanım oranı	9	10	1,74	8,41	3	10	7	7	10	3	71,4	Tekrar	Uzlaş
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısı	8	8	1,89	8	3	10	7	8	9	1	75,5	Tut	
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı	8	8	1,77	8,02	3	10	7	7	9	2	71,4	Tut	
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı	9	10	1,46	8,53	5	10	5	8	10	2	75,5	Tut	
57	Yatak doluluk oranı	9	10	1,65	8,43	3	10	7	7	10	3	73,5	Tekrar	Uzlaş
58	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir)	9	9	1,11	8,69	5	10	5	8	9	1	87,5	Tut	

59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı	9	10	1,26	8,61	5	10	5	8	10	2	81,6	Tut	
	Finansal Ölçütler													
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı	9	10	1,38	8,79	5	10	5	8	10	2	78,8	Tut	
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranı	8	8	1,53	8,12	5	10	5	7	9,5	2,5	67,3	Tekrar	Uzlaş
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı) miktarı	7	7	1,83	7,67	3	10	7	7	9,5	2,5	48,1	Tekrar	İkiside
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı	8	8	1,81	7,38	3	10	7	6,5	8,5	2	55,8	Tekrar	Ortalama
64	Vaka başı ortalama maliyet	8	10	1,77	7,9	4	10	6	7	9	2	63,5	Tekrar	Ortalama
65	Vaka başı ortalama gelir	8	10	1,96	7,88	2	10	8	6	9,5	3,5	65,4	Tekrar	İkiside
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)	9	10	1,43	8,38	4	10	6	7	10	3	73,1	Tekrar	Ortalama
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)	9	10	1,49	8,42	4	10	6	7	10	3	73,1	Tekrar	Uzlaş
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı	8	7	1,67	7,96	4	10	6	7	10	3	54,9	Tekrar	İkiside
	Güvenlik Ölçütleri													
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı	9	10	2,02	8,08	1	10	9	7	10	3	72	Tekrar	Uzlaş
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranı	8,5	10	1,91	8,22	3	10	7	7	10	3	68	Tekrar	Uzlaş
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı	8	8	1,71	8,04	2	10	8	8	9	1	78	Tut	
72	Transfüzyona tepki veya kan uyumsuzluğu oranı	8	10	2,3	7,92	2	10	8	6	10	4	68	Tekrar	İkiside
73	Düşme ve travma oranı	8	8	1,93	7,86	2	10	8	7	10	3	68	Tekrar	İkiside
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı	8	9	1,44	8,14	5	10	5	7	9	2	72	Tut	
75	Bası yarası oranı	9	9	1,92	7,94	3	10	7	7	9	2	65,3	Tekrar	Ortalama
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı	7	7	1,92	7	1	10	9	6	8	2	34	Tekrar	Ortalama
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı	8	8	1,25	7,94	5	10	5	7	9	2	69,4	Tekrar	Ortalama
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı	7	7	1,6	7,12	2	10	8	7	8	1	44,9	Tekrar	Ortalama

79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı	7,5	8	1,51	7,23	1	10	9	7	8	1	50	Tekrar	Ortalama
80	Hastane enfeksiyonları oranı	9	10	1,06	9,04	6	10	4	9	10	1	91,8	Tut	
81	İlaça tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı	8	10	1,86	7,9	2	10	8	7	9	2	63,3	Tekrar	Ortalama
Hasta Memnuniyet Ölçütleri														
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi	9	9	1,48	8,5	3	10	7	8	9	1	86,5	Tut	
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları	9	9	1,63	8,33	3	10	7	8	9	1	76,9	Tut	
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları	8	8	1,72	8,15	3	10	7	8	9,5	1,5	76,9	Tut	
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorları	8	8	1,72	8,13	3	10	7	7,5	9	1,5	75	Tut	
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorları	8	10	1,57	8,25	4	10	6	7	10	3	71,2	Tekrar	Uzlaş
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları	8	7	1,32	7,83	4	10	6	7	9	2	57,7	Tekrar	Ortalama
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranı (şikayet sayısı, çözülme veya çözülmemeyen şikayet sayısı)	9	10	1,58	8,48	2	10	8	8	10	2	76,9	Tut	
İnsan Kaynakları Ölçütleri														
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları	8	10	1,46	8,33	5	10	5	7	10	3	73,1	Tekrar	Uzlaş
90	Çalışan anketleri - sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları	8	8	1,29	8,27	5	10	5	7	9	2	71,2	Tut	
91	Çalışan anketleri - çalışanların tutumları skorları	8	8	1,54	7,92	3	10	7	7	9	2	65,4	Tekrar	Ortalama
92	Fazla mesai süreleri	7	7	1,68	7,42	3	10	7	7	9	2	48,1	Tekrar	Ortalama
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri	8	8	1,39	8,31	4	10	6	8	10	2	76,9	Tut	
94	İşgücü devir oranı	7	7	1,59	7,29	1	10	9	7	8	1	42,3	Tekrar	Ortalama
95	İşe gelmeme / Devamsızlık oranı	7	7	1,73	7,29	1	10	9	7	8	1	42,3	Tekrar	Ortalama
96	Meslek içi eğitim harcaması (süreleri) miktarı	8	8	1,49	7,85	4	10	6	7	8,5	1,5	61,5	Tekrar	Ortalama
Rekabet Ölçütleri														

97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmak	9	10	1,18	8,8	6	10	4	8	10	2	86,3	Tut	
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmak	9	10	1,65	8,65	1	10	9	8	10	2	84,3	Tut	
99	Pazar payı	9	9	1,92	8,04	2	10	8	7	9	2	66	Tut	
	Diğer Ölçütler													
100	Hastanenin tanınmışlığı	8	9	1,91	7,63	1	10	9	7	9	2	57	Tekrar	Ortalama
101	Hastaneye güven	9	10	1,68	8,67	2	10	8	8	10	2	84,6	Tut	
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı	8	9	1,8	7,81	2	10	8	7	9	2	69,2	Tekrar	Ortalama
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı	8	9	1,51	8,19	4	10	6	7	9	2	97,3	Tut	
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algı	8	8	1,92	7,4	1	10	9	6	9	3	57,7	Tekrar	İkisinde
105	Hastane imajı	9	9	1,66	8,12	3	10	7	7	9	2	65,4	Tut	
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısı	7	7	1,93	7,34	1	10	9	6	9	3	48	Tekrar	İkisinde
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı	7	9	2,14	7,12	1	10	9	6	9	3	44,9	Tekrar	İkisinde

Ek 6. İkinci Tur Delphi Uygulaması Veri Toplama Aracı

Sayın

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Programında hazırlamakta olduğum “İkinci Basamak Kamu Sağlık Kurumlarında Kurumsal performans Ölçütlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma” adlı doktora tezine katkınızı sürdürdüğünüz için teşekkür ederim.

Daha önce katılımınızla gerçekleştirilen birinci tur uygulamasında elde edilen sonuçlar analiz edilmiştir. Yapılan analizlerde katılımcıların ölçütler için verdiği önem puanlarının ortalaması hesaplanarak ölçütlerin ortalama önem düzeyi belirlenmiştir. Ortalama önem düzeyi 7'den küçük olan ölçütlerin elenmesine karar verilmiştir. Bu doğrultuda 17 ölçüt listeden çıkartılmıştır.

Ayrıca, katılımcıların her bir ölçüt için verdikleri puanlar en düşükten en yükseğe sıralanmıştır. Katılımcıların verdiği yüksek puanların oluşturduğu grup (en yüksek puan veren %25'lik dilim) ile düşük puan grubu (en düşük puan veren %25'lik) grup arasındaki fark ise katılımcıların değerlendirmelerindeki uzlaşmayı ölçmek için kullanılmıştır. Bu doğrultuda verilen düşük puanlardan oluşan küme ile verilen yüksek puanlardan oluşan küme arasındaki farkın 2 veya daha az olması durumunda katılımcılar arasında uzlaşmış olduğu, farkın 2'den fazla olması durumunda ise uzlaşmadığı sonucuna varılmıştır.

Ekte yer alan ölçüt listesinde her bir ölçüt için tüm katılımcıların yaptığı değerlendirmenin ortalamasını ifade eden ortalama önem düzeyi belirtilmektedir. Ayrıca yapılan değerlendirmelerde uzlaşma düzeyini ifade eden çeyreklik dilimler arası fark ve sizin bir önceki uygulama turunda o ölçüt için vermiş olduğunuz puan yer almaktadır. Araştırmanın bu turunda sizden ilgili ölçüte ilişkin değerlendirmenizi gözden geçirmenizdir. Değerlendirmenizde değişiklik yapmak istemeniz durumunda yeni değerlendirmenizi ayrılan alanda 1-10 arası bir puan yazarak belirtmenizdir. Değerlendirmenizde değişiklik yapmak istememeniz durumunda eski puanınızı yazabilir veya alanı boş bırakabilirsiniz.

Araştırmaya katılımınız, katılımcı bilgileri ve verilen cevaplar hiçbir şekilde paylaşılmayacak veya açıklanmayacaktır.

Herhangi bir sorunuz olması durumunda bana [] numaralı telefon veya [] e-posta adresinden ulaşabilirsiniz

Araş.Gör. Sinan YILMAZ

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Aşağıda araştırmanın bir önceki turunda önem düzeyine ilişkin değerlendirme yaptığınız ölçütler yer almaktadır. Araştırmanın birinci turunda ortalama önem düzeyi 7'nin altında olan ölçütler listeden çıkartılmış, ancak ölçüt numaraları değiştirilmemiştir. Listede toplam 90 adet performans ölçütü yer almaktadır. Ortalama önem düzeyi alanında tüm katılımcıların ilgili ölçüte ilişkin yapmış olduğu değerlendirmenin ortalaması yer almaktadır. Çeyreklik dilimler arası fark olarak adlandırılan alanda ise katılımcıların ölçüte ilişkin en yüksek puanı veren %25'lik dilimi ile en düşük puanı veren %25'lik dilimin değerlendirmeleri arasındaki fark yer almaktadır. Ayrıca sizin bir önceki turda ilgili ölçüte ilişkin yapmış olduğunuz değerlendirme de listede yer almaktadır.

Bu doğrultuda listede yer alan performans ölçütlerini; hastane performansının ölçümündeki önemi, hastaneler arasında anlamlı kıyaslamalar için kullanışlılığı ve hastane performansını geliştirmeye yönelik iyileştirme yapılması gereken noktaları belirlemedeki yararlılığı açısından tekrar değerlendirerek, **gerek görmeniz durumunda**, 1-10 arasında (En düşük önem düzeyi = 1, en yüksek önem düzeyi = 10) bir puan ile derecelendiriniz. **Eğer değerlendirmenizi değiştirmek istemiyorsanız ilgili alana bir önceki değerlendirmenizi yazabilir veya alanı boş bırakabilirsiniz.**

Çıktı Ölçütleri			Önem Düzeyi Ortalaması	Çeyreklik Dilimler Arası Fark	Önceki vermiş olduğunuz puan	Değiştirmek isterseniz yeni puanınız
Cerrahi ölçütler:						
1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,26	4		
	Ölçümü	Abdominal aorta anevrizma onarımı operasyonu geçiren ve ilgili bir nedenden 30 gün içinde ölen hasta sayısı / Toplam abdominal aorta onarım operasyonu sayısı				
2	Koroner arter bypass graftı mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8	3		
	Ölçümü	Koroner arter bypass graftı operasyonu geçiren ve ilgili bir nedenden 30 gün içinde ölen hasta sayısı / Toplam koroner arter bypass graftı operasyonu sayısı				
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,43	4		
	Ölçümü	Günübirlik ameliyat yapılan ve yatırılmak veya sevk edilmek zorunda kalan hasta sayısı / Toplam günübirlik operasyon sayısı				
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,4	3		
	Ölçümü	Aynı yatışta daha önce planlanmamış biçimde ameliyathaneye tekrar alınması gereken hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8	2		
	Ölçümü	Cerrahi müdahalenin ardından 30 gün içinde ilgili bir nedenden ölen yatan hasta sayısı / Toplam cerrahi yatan hasta sayısı				
6	Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,93	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Kalça replasmanı operasyonu geçiren hastalardan taburcu edilmelerinden itibaren 30 gün içinde ilgili bir şikayetle tekrar yatanlar / Toplam kalça replasmanı operasyonu sayısı				
7	Diz kapağı replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,67	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Diz kapağı replasmanı operasyonu geçiren hastalardan taburcu edilmelerinden itibaren 30 gün içinde ilgili bir şikayetle tekrar yatanlar / Toplam diz kapağı replasmanı operasyonu sayısı				
8	Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,26	3		
	Ölçümü	Cerrahi müdahalenin ardından 30 gün içinde ilgili bir nedenle daha önce planlanmaksızın tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam yatan hasta ameliyat sayısı				
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,79	3		
	Ölçümü	Ameliyattan sonra 7 gün içinde pulmoner emboli veya derin damar trombozu geçiren hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı				

10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,64	2		
	Ölüm	Belirli bir cerrahi müdahale sonrası 30 gün içinde ilgili bir nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / Belirli bir cerrahi müdahale sayısı				
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,74	3		
	Ölüm	Ameliyatı takip eden süreçte dikiş açılması yaşayan hasta sayısı / Toplam dikişli ameliyat sayısı				
12	Anestezi komplikasyonu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,84	2		
	Ölüm	Anestezi komplikasyonu yaşayan cerrahi hasta sayısı / Genel anestezi altında yapılan toplam ameliyat sayısı				
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,7	2		
	Ölüm	Ameliyat sonrası süreçte ameliyat edilen bölgede enfeksiyon oluşan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,33	2		
	Ölüm	Normal doğumda obstetrik travma yaşayan hasta sayısı / Toplam normal doğum sayısı				
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,67	2		
	Ölüm	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma yaşayan hasta sayısı / Toplam sezaryen doğum sayısı				
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,95	2		
	Ölüm	Yeni doğanda yaralanmalı travma sayısı / Toplam doğum sayısı				
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,19	2		
	Ölüm	Yoğun bakım ünitesinden servise transfer sonrası tekrar yoğun bakıma alınan hasta sayısı / Toplam yoğun bakımda yatan hasta sayısı				
Dahili tıp ölçütleri						
18	Akut myokard enfarktüs mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,36	2		
	Ölüm	30 gün içerisinde akut myokard enfarktüs veya ilgili nedenden gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam akut myokard enfarktüs hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen myokard enfarktüs hastası sayısı)				
19	Kalp yetmezliği mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,55			Bu Ölçüt Elenmiştir
	Ölüm	30 gün içerisinde kalp yetmezliği veya ilgili nedenden gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam kalp yetmezliği hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen kalp yetmezliği hastası sayısı)				
20	Strok mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,95			Bu Ölçüt Elenmiştir
	Ölüm	30 gün içerisinde strok veya ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam strok hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen strok hastası sayısı)				
21	Zatürree mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,93			Bu Ölçüt Elenmiştir
	Ölüm	30 gün içerisinde zatürree veya ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam zatürree hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen zatürree hastası sayısı)				
22	Sindirim sistemi hastalıkları mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,73			Bu Ölçüt Elenmiştir
	Ölüm	30 gün içerisinde sindirim sistemi ile ilgili nedenle gerçekleşen ölüm sayısı / (Toplam sindirim sistemi hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen sindirim sistemi hastası sayısı)				
23	Kalça kırıkları mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,83			Bu Ölçüt Elenmiştir
	Ölüm	30 gün içerisinde kalça kırığı ile ilgili nedenle ölen hasta sayısı / (Toplam kalça kırığı hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen kalça kırığı hastası sayısı)				
24	Belirli hastalıklarda mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,98			Bu Ölçüt Elenmiştir
	Ölüm	30 gün içerisinde belirli bir hastalıkla ilgili nedenle ölen hasta sayısı / (Belirli hastalık teşhisli hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen belirli hastalık teşhisli hasta sayısı)				

25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,24	2		
	Ölçümü	30 gün içerisinde düşük ölüm oranlı hastalıklarla ilgili nedenlerle ölen hasta sayısı / (Düşük ölüm oranlı hastalık teşhisli hastası sayısı - başka sağlık kuruluşuna sevk edilen düşük ölüm oranlı hastalık teşhisli hasta sayısı)				
26	Akut myokard enfarktüs planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,71	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
27	Kalp yetmezliği planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,38	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
28	Zatürree (Pnömi) planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,31	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Zatürree teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam zatürree teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
29	Strok planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,17	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Strok teşhisli taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir teşhisle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
30	Kalça kırığı planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,45	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Kalça kırığı tedavisi sonrası taburcu edilen hastalardan 30 gün içinde daha önce planlanmamış biçimde, ilgili bir nedenle tekrar yatırılan hasta sayısı / Kalça kırığı için tedavi edilen toplam hasta sayısı				
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,07	2		
	Ölçümü	Taburcu edildikten sonra 30 gün içerisinde planlanmamış bir biçimde ilk teşhis ile ilgili bir nedenle tekrar yatırılan hasta sayısı / Toplam taburcu edilen yatan hasta sayısı				
Süreç Ölçütleri						
Cerrahi ölçütler:						
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,68	2		
	Ölçümü	Operasyon öncesi koruyucu amaçlı antibiyotik kullanılan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,12	2		
	Ölçümü	Operasyon öncesi koruyucu amaçlı tromboz önleyici kullanılan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
Dahili tıp ölçütleri:						
34	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,43	3		
	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 60 dakika içerisinde antiplatelet ilaç verilen hasta sayısı / Toplam myokard enfarktüs semptomlu hasta sayısı				
35	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,44	3		
	Ölçümü	Antiplatelet ilaç reçetelenen akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
36	Akut myokard enfarktüs - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitor/ARB kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,63	Bu Ölçüt Elenmiştir		
	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomlu hastalardan sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitörü veya ARB verilen hasta sayısı / Toplam sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu olan akut myokard enfarktüs semptomlu hasta sayısı				
37	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,68	2		

	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 60 dakika içerisinde tromboz önleyicisi kullanılan hasta sayısı / Toplam akut enfarktüs semptomlu hasta sayısı				
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,15	2		
	Ölçümü	Akut myokard enfarktüs semptomu ile hastaneye başvuran ve 180 dakika içerisinde anjiyo yapılan hasta sayısı / Toplam akut enfarktüs semptomlu hasta sayısı				
39	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken beta bloklayıcı reçetelenmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,98		Bu Ölçüt Elenmiştir	
	Ölçümü	Beta bloklayıcı reçetelenen akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
40	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,44	1		
	Ölçümü	Hastalığı hakkında bilgilendirilerek gerekli yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitilen akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Toplam akut myokard enfarktüs teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev değerlendirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,37	1		
	Ölçümü	Sol ventriküler sistolojik işlev değerlendirildiği kalp yetmezliği semptomu ile başvuran hasta sayısı / Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran toplam hasta sayısı				
42	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlev bozukluğu için ACE inhibitör veya ARB kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,8		Bu Ölçüt Elenmiştir	
	Ölçümü	Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran hastalardan sol ventriküler sistolojik işlev bozukluğu için ACE inhibitörü veya ARB kullanılan hasta sayısı / Kalp yetmezliği semptomu ile başvuran toplam hasta sayısı				
43	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,07	2		
	Ölçümü	Hastalığı hakkında bilgilendirilen ve önlemler hakkında eğitilen kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı / Kalp yetmezliği teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
44	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,73	2		
	Ölçümü	Strok semptomu ile başvuran hastalardan tromboz önleyici kullanılan hasta sayısı / Strok semptomu ile başvuran hasta sayısı				
45	Strok - Taburcu edilirken statin ilaçları reçetelenmesi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		6,98		Bu Ölçüt Elenmiştir	
	Ölçümü	Taburcu edilirken statin ilacı reçetelenen strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
46	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,34	2		
	Ölçümü	Hastalığı hakkında bilgilendirilen ve önlemler hakkında eğitilen strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli taburcu edilen hasta sayısı				
47	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,93	3		
	Ölçümü	Rehabilitasyon için değerlendirilmesi yapılan strok teşhisli hasta sayısı / Strok teşhisli hasta sayısı				
48	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,63	4		
	Ölçümü	Strok semptomu ile başvuran hastalardan tıbbi görüntüleme (CT-MR-Ultrason) gerçekleştirilen hasta sayısı / Strok semptomu ile başvuran hasta sayısı				
49	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,83	4		
	Ölçümü	Tromboz önleyicisi kullanılan yoğun bakım hastası / Toplam yoğun bakım hastası				
Yapısal Ölçütler						
50	Sezaryen doğum oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,71	2		
	Ölçümü	Sezaryen doğumlar / Toplam doğumlar				
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,3	3		
	Ölçümü	Sezaryen doğum sonrası normal doğum yapan hasta sayısı / Toplam doğum sayısı				
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,73	3		

	Ölçümü	Sezaryen doğum yapılan ilk doğum sayısı / Toplam ilk doğum sayısı				
53	Ameliyathane kullanım oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,41	3			
	Ölçümü	Günlük yapılan ameliyat sayısı / Günlük ameliyathane kapasitesi				
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8	1			
	Ölçümü	Yapılan ameliyat sayısı / Cerrah sayısı				
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,02	2			
	Ölçümü	Günlük toplam yatan hasta sayısı / Hekim sayısı				
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,53	2			
	Ölçümü	Günlük toplam yatan hasta sayısı / Hemşire sayısı				
57	Yatak doluluk oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,43	3			
	Ölçümü	Dolu yatak sayısı / Toplam yatak sayısı				
58	Ortalama yatış süresinin (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,69	1			
	Ölçümü	Toplam yatış gün sayısı / Toplam yatan hasta sayısı				
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,61	2			
	Ölçümü	Toplam poliklinik oda sayısı / Aktif çalışan klinisyen uzman sayısı				
Finansal Ölçütler						
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,79	2			
	Ölçümü	Alacak / Borçlar (Pek çok farklı türevi vardır)				
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,12	2,5			
	Ölçümü	İdari giderler / Toplam giderler				
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı) miktarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,67	2,5			
	Ölçümü	Toplam gider / Toplam hasta sayısı				
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,38	2			
	Ölçümü	$\sum(\text{Ekipman yaşı} \times \text{ekipman sayısı}) / \text{Toplam ekipman sayısı}$				
64	Vaka başı ortalama maliyetin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,9	2			
	Ölçümü	Servis bazlı toplam gider / Serviste yatan toplam hasta sayısı				
65	Vaka başı ortalama gelirin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,88	3,5			
	Ölçümü	Servis bazlı toplam gelir / Serviste yatan toplam hasta sayısı				
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyinin (genel ve bütçe kalemleri bazında) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,38	3			
	Ölçümü	Gerçekleşen gelir / Bütçelenen gelir				
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyinin (genel ve bütçe kalemleri bazında) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,42	3			
	Ölçümü	Gerçekleşen gider / Bütçelenen gider				
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,96	3			
	Ölçümü	Yatırım giderleri / Gider bütçesi				
Güvenlik Ölçütleri						
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,08	3			
	Ölçümü	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı				
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,22	3			
	Ölçümü	Vücutta yabancı cisim kalma olayı sayısı / Toplam intrusif cerrahi müdahale sayısı				

71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,04	1		
	Ölçümü Belirli bir hastalıkta yaşanan komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı / Belirli bir hastalık için toplam yatan hasta sayısı				
72	Transfüzyona tepki veya kan uyumsuzluğu oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,92	4		
	Ölçümü Transfüzyonda kan uyumsuzluğu veya tepki olayı sayısı / Yapılan toplam transfüzyon sayısı				
73	Düşme ve travma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,86	3		
	Ölçümü Düşme ve travma olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı				
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,14	2		
	Ölçümü Ana damar kateter enfeksiyonu sayısı / Toplam ana damar kateter kullanımı				
75	Bası yarası oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,94	2		
	Ölçümü Bası yarası olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı				
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7	2		
	Ölçümü Ameliyat neticesinde kalça kırığı olayı sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,94	2		
	Ölçümü Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma olayı sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,12	1		
	Ölçümü Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk yaşayan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,23	1		
	Ölçümü Ameliyat sonrası solunum yetersizliği yaşayan hasta sayısı / Toplam ameliyat sayısı				
80	Hastane enfeksiyonları oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	9,04	1		
	Ölçümü Hastane enfeksiyonu olayı yaşayan hasta sayısı / Toplam yatan hasta sayısı				
81	İlaç tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	7,9	2		
	Ölçümü İlaç tepki olayı sayısı / Toplam yatan hasta sayısı				
Memnuniyet Ölçütleri					
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyinin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,5	1		
	Ölçümü Hasta memnuniyet anketlerinde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,33	1		
	Ölçümü Hasta memnuniyet anketlerinde hizmete erişim ve bekleme ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,15	1,5		
	Ölçümü Hasta memnuniyet anketlerinde hastane tesisi ve olanakları ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,13	1,5		
	Ölçümü Hasta memnuniyet anketlerinde hizmetin güvenliği, kalitesi ve hizmet sunum koordinasyonu ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?	8,25	3		

	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde sağlık çalışanlarının hastayı yeterli düzeyde bilgilendirmesi ve seçim hakkı sunumu ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek ve çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,83	2		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketlerinde hastane çalışanlarının hasta ile iletişim ve sıcak, yakın ilişki kurması ile ilgili maddelerde memnuniyet düzeyi yüksek veya çok yüksek çıkan hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranlarının (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözümlenmeyen şikayet sayısı) performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,48	2		
	Ölçümü	Şikayet sayısı veya (Çözümlenen şikayet sayısı / Toplam şikayet sayısı)				
İnsan Kaynakları Ölçütleri						
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,33	3		
	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde memnuniyet düzeyleri yüksek ve çok yüksek çıkan çalışan sayısı / Çalışan memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı				
90	Çalışan anketleri - sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,27	2		
	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde sağlık, güvenlik ve olumsuz olay (ters kod) maddelerinde memnuniyet düzeyleri yüksek ve çok yüksek çıkan çalışan sayısı / Çalışan memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı				
91	Çalışan anketleri - çalışanların tutumları skorları performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,92	2		
	Ölçümü	Çalışan memnuniyet anketlerinde çalışanların tutumları ile ilgili maddelerdeki skorlar / Memnuniyet anketi dolduran çalışan sayısı				
92	Fazla mesai sürelerinin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,42	2		
	Ölçümü	Toplam fazla mesai süresi / Toplam çalışan sayısı				
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyelerinin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,31	2		
	Ölçümü	Çalışanlara uygulanan anketler ve envanterler aracılığı ile belirlenmiş tükenmişlik skorları ve motivasyon dereceleri				
94	İşgücü devir oranının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,29	1		
	Ölçümü	Belirli bir dönemde işten ayrılan sayısı / Toplam çalışan sayısı				
95	İşe gelmeme / Devamsızlık oranlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,29	1		
	Ölçümü	$\Sigma(\text{Mazeretli veya mazertsiz işe gelmeyen personel sayısı} \times \text{işe gelinmeyen gün sayısı}) / (\text{Çalışan sayısı} \times \text{Toplam iş günü sayısı})$				
96	Meslek içi eğitim harcamaları (süreleri) miktarlarının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,85	1,5		
	Ölçümü	Meslek içi eğitim için toplam harcama veya meslek içi eğitim için çalışan başına harcama veya toplam meslek içi eğitim süresi veya çalışan başına meslek içi eğitim süresi				
Rekabet Ölçütleri						
97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmanın performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,8	2		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketinde hastaneye ilişkin öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu maddesini her zaman veya çoğu zaman olarak işaretleyen hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmanın performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,65	2		
	Ölçümü	Hasta memnuniyet anketinde hastaneye ilişkin öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu maddesini her zaman veya çoğu zaman olarak işaretleyen hasta sayısı / Hasta memnuniyet anketi dolduran hasta sayısı				
99	Pazar payının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,04	2		
	Ölçümü	Hastaneden hizmet alan toplam birey sayısı / Pazarı oluşturan nüfus				
Diğer Ölçütler						
100	Hastanenin tanınmışlığının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,63	2		

	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin tanınmışlık düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı				
101	Hastaneye güvenin performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,67	2		
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastaneye duyulan güven düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı				
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,81	2		
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin olumlu tıbbi ve çevresel etkisini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı				
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,19	2		
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin yasalara uyumu ve etik davranış düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı				
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,4	3		
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin paydaşlarla bilgi paylaşım düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı				
105	Hastane imajının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		8,12	2		
	Ölçümü	Hastane algı anketinde hastanenin olumlu imaj düzeyini yüksek veya çok yüksek olarak ifade eden katılımcı sayısı / Hastane algı anketi dolduran katılımcı sayısı				
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,34	3		
	Ölçümü	Medyada yer alan olumlu haber sayısı				
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısının performans ölçütü olarak önem düzeyi nedir?		7,12	3		
	Ölçümü	Medyada yer alan olumsuz haber sayısı				

Ek 7. İkinci Tur Delphi Uygulaması Frekans Tablosu

1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	4	8	5	9	7					34	9	43
Geçerli Yüzde	2,9	11,8	23,5	14,7	26,5	20,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,9	14,7	38,2	52,9	79,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
2	Koroner arter bypass grafit mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	6	9	8	3						34	9	43
Geçerli Yüzde	23,5	17,6	26,5	23,5	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,5	41,2	67,6	91,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	5	7	9	4	4					34	9	43
Geçerli Yüzde	14,7	14,7	20,6	26,5	11,8	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,7	29,4	50,0	76,5	88,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	7	5	13	4	3					34	9	43
Geçerli Yüzde	5,9	20,6	14,7	38,2	11,8	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	5,9	26,5	41,2	79,4	91,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	8	11	4	3	2					35	8	43
Geçerli Yüzde	20,0	22,9	31,4	11,4	8,6	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	20,0	42,9	74,3	85,7	94,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
6	Kalça replasmanı operasyonu sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	6	7	10	6	3	1				35	8	43
Geçerli Yüzde	5,7	17,1	20,0	28,6	17,1	8,6	2,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	5,7	22,9	42,9	71,4	88,6	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	7	11	8	3	3					34	9	43
Geçerli Yüzde	5,9	20,6	32,4	23,5	8,8	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	5,9	26,5	58,8	82,4	91,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	7	8	7	4	1					34	9	43
Geçerli Yüzde	20,6	20,6	23,5	20,6	11,8	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	20,6	41,2	64,7	85,3	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	4	12	6	4	3	1				34	9	43
Geçerli Yüzde	11,8	11,8	35,3	17,6	11,8	8,8	2,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,8	23,5	58,8	76,5	88,2	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
12	Anestezi komplikasyonu oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	7	9	5	4	3	1				35	8	43

Geçerli Yüzde	17,1	20,0	25,7	14,3	11,4	8,6	2,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	17,1	37,1	62,9	77,1	88,6	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	16	7	2	1						35	8	43
Geçerli Yüzde	25,7	45,7	20,0	5,7	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,7	71,4	91,4	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	6	18	4	1	2			1		43	0	43
Geçerli Yüzde	25,6	14,0	41,9	9,3	2,3	4,7	0,0	0,0	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,6	39,5	81,4	90,7	93,0	97,7	97,7	97,7	100,0	100,0			
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	9	11	3	2	1					35	8	43
Geçerli Yüzde	25,7	25,7	31,4	8,6	5,7	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,7	51,4	82,9	91,4	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	13	5	5							35	8	43
Geçerli Yüzde	34,3	37,1	14,3	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	34,3	71,4	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	4	7	11	5	2	2				35	8	43
Geçerli Yüzde	11,4	11,4	20,0	31,4	14,3	5,7	5,7	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,4	22,9	42,9	74,3	88,6	94,3	100,0	100,0	100,0	100,0			
18	Akut miyokard enfarktüs mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	6	12	8	3						34	9	43
Geçerli Yüzde	14,7	17,6	35,3	23,5	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,7	32,4	67,6	91,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3	9	7	9	3	2					33	10	43
Geçerli Yüzde	9,1	27,3	21,2	27,3	9,1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	9,1	36,4	57,6	84,8	93,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	5	10	11	5	3					35	8	43
Geçerli Yüzde	2,9	14,3	28,6	31,4	14,3	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,9	17,1	45,7	77,1	91,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	11	8	4	3	2	1				34	9	43
Geçerli Yüzde	14,7	32,4	23,5	11,8	8,8	5,9	2,9	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,7	47,1	70,6	82,4	91,2	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0			
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	7	11	4	4	1	3				34	9	43
Geçerli Yüzde	11,8	20,6	32,4	11,8	11,8	2,9	8,8	0,0	0,0	0,0	100		

Kümülatif Yüzde	11,8	32,4	64,7	76,5	88,2	91,2	100,0	100,0	100,0	100,0			
34	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	4	7	8	2	3	2				33	10	43
Geçerli Yüzde	21,2	12,1	21,2	24,2	6,1	9,1	6,1	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	33,3	54,5	78,8	84,8	93,9	100,0	100,0	100,0	100,0			
35	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	1	7	11	2	3	2				33	10	43
Geçerli Yüzde	21,2	3,0	21,2	33,3	6,1	9,1	6,1	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	24,2	45,5	78,8	84,8	93,9	100,0	100,0	100,0	100,0			
37	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	6	7	7	4	1	1				33	10	43
Geçerli Yüzde	21,2	18,2	21,2	21,2	12,1	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	39,4	60,6	81,8	93,9	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	13	7	5	1						33	10	43
Geçerli Yüzde	21,2	39,4	21,2	15,2	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	60,6	81,8	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
40	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	10	10	4	1						33	10	43
Geçerli Yüzde	24,2	30,3	30,3	12,1	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	24,2	54,5	84,8	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2		9	17	3	1	1				33	10	43
Geçerli Yüzde	6,1	0,0	27,3	51,5	9,1	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	6,1	6,1	33,3	84,8	93,9	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
43	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	8	6	5	5				1		33	10	43
Geçerli Yüzde	24,2	24,2	18,2	15,2	15,2	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	24,2	48,5	66,7	81,8	97,0	97,0	97,0	97,0	100,0	100,0			
44	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	7	9	6	3	2					33	10	43
Geçerli Yüzde	18,2	21,2	27,3	18,2	9,1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,2	39,4	66,7	84,8	93,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
46	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	9	9	5	2	1					33	10	43
Geçerli Yüzde	21,2	27,3	27,3	15,2	6,1	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	21,2	48,5	75,8	90,9	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
47	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			

Frekans	6	9	3	7	4	4					33	10	43
Geçerli Yüzde	18,2	27,3	9,1	21,2	12,1	12,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,2	45,5	54,5	75,8	87,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
48	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	2	9	8	6	2					33	10	43
Geçerli Yüzde	18,2	6,1	27,3	24,2	18,2	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,2	24,2	51,5	75,8	93,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
49	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	7	6	7	3	3	1				33	10	43
Geçerli Yüzde	18,2	21,2	18,2	21,2	9,1	9,1	3,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,2	39,4	57,6	78,8	87,9	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
50	Sezaryen doğum oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3	10	10	5	2	4	3				37	6	43
Geçerli Yüzde	8,1	27,0	27,0	13,5	5,4	10,8	8,1	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	8,1	35,1	62,2	75,7	81,1	91,9	100,0	100,0	100,0	100,0			
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	1	8	10	8	5	2				36	7	43
Geçerli Yüzde	5,6	2,8	22,2	27,8	22,2	13,9	5,6	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	5,6	8,3	30,6	58,3	80,6	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0			
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	11	11	4		4		1		2	37	6	43
Geçerli Yüzde	10,8	29,7	29,7	10,8	0,0	10,8	0,0	2,7	0,0	5,4	100		
Kümülatif Yüzde	10,8	40,5	70,3	81,1	81,1	91,9	91,9	94,6	94,6	100,0			
53	Ameliyathane kullanım oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	12	13	2	1	2	4				40	3	43
Geçerli Yüzde	15,0	30,0	32,5	5,0	2,5	5,0	10,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	15,0	45,0	77,5	82,5	85,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	10	13	2	1	2	3	1			40	3	43
Geçerli Yüzde	20,0	25,0	32,5	5,0	2,5	5,0	7,5	2,5	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	20,0	45,0	77,5	82,5	85,0	90,0	97,5	100,0	100,0	100,0			
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	7	10	13	4	2		3	1			40	3	43
Geçerli Yüzde	17,5	25,0	32,5	10,0	5,0	0,0	7,5	2,5	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	17,5	42,5	75,0	85,0	90,0	90,0	97,5	100,0	100,0	100,0			
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	10	9	5	3	1					40	3	43
Geçerli Yüzde	30,0	25,0	22,5	12,5	7,5	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	30,0	55,0	77,5	90,0	97,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
57	Yatak doluluk oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	16	8	4	1	1		1			40	3	43
Geçerli Yüzde	22,5	40,0	20,0	10,0	2,5	2,5	0,0	2,5	0,0	0,0	100		

Kümülatif Yüzde	22,5	62,5	82,5	92,5	95,0	97,5	97,5	100,0	100,0	100,0			
58	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir)										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	7	18	10	3	1						39	4	43
Geçerli Yüzde	17,9	46,2	25,6	7,7	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	17,9	64,1	89,7	97,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	12	10	12	4	1	1					40	3	43
Geçerli Yüzde	30,0	25,0	30,0	10,0	2,5	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	30,0	55,0	85,0	95,0	97,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	10	10	13	3	4	3					43	0	43
Geçerli Yüzde	23,3	23,3	30,2	7,0	9,3	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,3	46,5	76,7	83,7	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranı										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	5	9	12	8	6	3					43	0	43
Geçerli Yüzde	11,6	20,9	27,9	18,6	14,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,6	32,6	60,5	79,1	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı) miktarı										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	2	7	8	13	4	4	4	1			43	0	43
Geçerli Yüzde	4,7	16,3	18,6	30,2	9,3	9,3	9,3	2,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	4,7	20,9	39,5	69,8	79,1	88,4	97,7	100,0	100,0	100,0			
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	3	4	13	10	3	7	3	3			46	-3	43
Geçerli Yüzde	6,5	8,7	28,3	21,7	6,5	15,2	6,5	6,5	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	6,5	15,2	43,5	65,2	71,7	87,0	93,5	100,0	100,0	100,0			
64	Vaka başı ortalama maliyet										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	5	10	18	3	3	4					43	0	43
Geçerli Yüzde	11,6	23,3	41,9	7,0	7,0	9,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,6	34,9	76,7	83,7	90,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
65	Vaka başı ortalama gelir										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	3	12	12	6	5	5					43	0	43
Geçerli Yüzde	7,0	27,9	27,9	14,0	11,6	11,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,0	34,9	62,8	76,7	88,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	8	10	14	7	2	1					42	1	43
Geçerli Yüzde	19,0	23,8	33,3	16,7	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	19,0	42,9	76,2	92,9	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)										Geçerli		
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam	Eksik	Toplam
Frekans	10	10	10	9	3		1				43	0	43
Geçerli Yüzde	23,3	23,3	23,3	20,9	7,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,3	46,5	69,8	90,7	97,7	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0			

68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	10	5	7	14	5		1						
	23,8	11,9	16,7	33,3	11,9	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0			
Frekans	23,8	35,7	52,4	85,7	97,6	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	12	10	10	3	5	2							
	28,6	23,8	23,8	7,1	11,9	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0			
Frekans	28,6	52,4	76,2	83,3	95,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	15	4	8	5	3	4	2	1					
	35,7	9,5	19,0	11,9	7,1	9,5	4,8	2,4	0,0	0,0			
Frekans	35,7	45,2	64,3	76,2	83,3	92,9	97,6	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	8	3	21	5	3	2							
	19,0	7,1	50,0	11,9	7,1	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0			
Frekans	19,0	26,2	76,2	88,1	95,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
72	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	9	4	15	4	3	4	1	1	1				
	21,4	9,5	35,7	9,5	7,1	9,5	2,4	2,4	2,4	0,0			
Frekans	21,4	31,0	66,7	76,2	83,3	92,9	95,2	97,6	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
73	Düşme ve travma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	5	10	14	6	4	3							
	11,9	23,8	33,3	14,3	9,5	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0			
Frekans	11,9	35,7	69,0	83,3	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	8	13	11	4	4	2							
	19,0	31,0	26,2	9,5	9,5	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0			
Frekans	19,0	50,0	76,2	85,7	95,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
75	Bası yarası oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	10	13	6	6	3		2	1					
	24,4	31,7	14,6	14,6	7,3	0,0	4,9	2,4	0,0	0,0			
Frekans	24,4	56,1	70,7	85,4	92,7	92,7	97,6	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	2	6	6	11	5	2	3	3		1			
	5,1	15,4	15,4	28,2	12,8	5,1	7,7	7,7	0,0	2,6			
Frekans	5,1	20,5	35,9	64,1	76,9	82,1	89,7	97,4	97,4	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
	5	5	18	8	5								
	12,2	12,2	43,9	19,5	12,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Frekans	12,2	24,4	68,3	87,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Geçerli Yüzde													
Kümülatif Yüzde													
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı										Geçerli	Eksik	Toplam

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Toplam		
Frekans		5	9	17	3	5	1		1		41	2	43
Geçerli Yüzde	0,0	12,2	22,0	41,5	7,3	12,2	2,4	0,0	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	0,0	12,2	34,1	75,6	82,9	95,1	97,6	97,6	100,0	100,0			
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans		1	14	11	8	3	2			1	40	3	43
Geçerli Yüzde	0,0	2,5	35,0	27,5	20,0	7,5	5,0	0,0	0,0	2,5	100		
Kümülatif Yüzde	0,0	2,5	37,5	65,0	85,0	92,5	97,5	97,5	97,5	100,0			
80	Hastane enfeksiyonları oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	19	13	7	2							41	2	43
Geçerli Yüzde	46,3	31,7	17,1	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	46,3	78,0	95,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
81	İlaça tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	9	16	4	4			1	1		41	2	43
Geçerli Yüzde	14,6	22,0	39,0	9,8	9,8	0,0	0,0	2,4	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,6	36,6	75,6	85,4	95,1	95,1	95,1	97,6	100,0	100,0			
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	17	11	4	1			2			43	0	43
Geçerli Yüzde	18,6	39,5	25,6	9,3	2,3	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,6	58,1	83,7	93,0	95,3	95,3	95,3	100,0	100,0	100,0			
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	16	8	7		2		2			43	0	43
Geçerli Yüzde	18,6	37,2	18,6	16,3	0,0	4,7	0,0	4,7	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,6	55,8	74,4	90,7	90,7	95,3	95,3	100,0	100,0	100,0			
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	10	8	14	7		1	1	2			43	0	43
Geçerli Yüzde	23,3	18,6	32,6	16,3	0,0	2,3	2,3	4,7	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	23,3	41,9	74,4	90,7	90,7	93,0	95,3	100,0	100,0	100,0			
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	12	11	7	1		3	1			43	0	43
Geçerli Yüzde	18,6	27,9	25,6	16,3	2,3	0,0	7,0	2,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,6	46,5	72,1	88,4	90,7	90,7	97,7	100,0	100,0	100,0			
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	11	10	13	7			2				43	0	43
Geçerli Yüzde	25,6	23,3	30,2	16,3	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	25,6	48,8	79,1	95,3	95,3	95,3	100,0	100,0	100,0	100,0			
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	7	13	17		1	1				43	0	43
Geçerli Yüzde	9,3	16,3	30,2	39,5	0,0	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	9,3	25,6	55,8	95,3	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0			
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranı (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözülmemeyen şikayet sayısı)										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	14	7	6	2	1			1		43	0	43
Geçerli Yüzde	27,9	32,6	16,3	14,0	4,7	2,3	0,0	0,0	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	27,9	60,5	76,7	90,7	95,3	97,7	97,7	97,7	100,0	100,0			
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	12	9	13	6	2	1					43	0	43
Geçerli Yüzde	27,9	20,9	30,2	14,0	4,7	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	27,9	48,8	79,1	93,0	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
90	Çalışan anketleri - sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	8	11	11	10	1	2					43	0	43
Geçerli Yüzde	18,6	25,6	25,6	23,3	2,3	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	18,6	44,2	69,8	93,0	95,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
91	Çalışan anketleri - çalışanların tutumları skorları										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	11	11	11	1	2	1	1			43	0	43
Geçerli Yüzde	11,6	25,6	25,6	25,6	2,3	4,7	2,3	2,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,6	37,2	62,8	88,4	90,7	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0			
92	Fazla mesai süreleri										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	5	12	11	6	4	2	2			43	0	43
Geçerli Yüzde	2,3	11,6	27,9	25,6	14,0	9,3	4,7	4,7	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,3	14,0	41,9	67,4	81,4	90,7	95,3	100,0	100,0	100,0			
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	7	17	6	2	1	1				43	0	43
Geçerli Yüzde	20,9	16,3	39,5	14,0	4,7	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	20,9	37,2	76,7	90,7	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0			
94	İşgücü devir oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	1	4	8	16	9	3	2				43	0	43
Geçerli Yüzde	2,3	9,3	18,6	37,2	20,9	7,0	4,7	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	2,3	11,6	30,2	67,4	88,4	95,3	100,0	100,0	100,0	100,0			
95	İşe gelmeme / Devamsızlık oranı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3	4	10	19	3	1		2		1	43	0	43
Geçerli Yüzde	7,0	9,3	23,3	44,2	7,0	2,3	0,0	4,7	0,0	2,3	100		
Kümülatif Yüzde	7,0	16,3	39,5	83,7	90,7	93,0	93,0	97,7	97,7	100,0			
96	Meslek içi eğitim harcamaları (süreleri) miktarı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	1	18	9	4	1	1				43	0	43
Geçerli Yüzde	20,9	2,3	41,9	20,9	9,3	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	20,9	23,3	65,1	86,0	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0			
97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olması										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	15	8	13	4	2						42	1	43
Geçerli Yüzde	35,7	19,0	31,0	9,5	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	35,7	54,8	85,7	95,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olması										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			

Frekans	13	13	8	4	2	1				1	42	1	43
Geçerli Yüzde	31,0	31,0	19,0	9,5	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	2,4	100		
Kümülatif Yüzde	31,0	61,9	81,0	90,5	95,2	97,6	97,6	97,6	97,6	100,0			
99	Pazar payı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	9	14	3	9	3			2	1		41	2	43
Geçerli Yüzde	22,0	34,1	7,3	22,0	7,3	0,0	0,0	4,9	2,4	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	22,0	56,1	63,4	85,4	92,7	92,7	92,7	97,6	100,0	100,0			
100	Hastanenin tanınmışlığı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	5	11	8	10	6			2	1		43	0	43
Geçerli Yüzde	11,6	25,6	18,6	23,3	14,0	0,0	0,0	4,7	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	11,6	37,2	55,8	79,1	93,0	93,0	93,0	97,7	100,0	100,0			
101	Hastaneye güven										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	15	13	9	3	1	1			1		43	0	43
Geçerli Yüzde	34,9	30,2	20,9	7,0	2,3	2,3	0,0	0,0	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	34,9	65,1	86,0	93,0	95,3	97,7	97,7	97,7	100,0	100,0			
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans		21	10	6	2	2		1	1		43	0	43
Geçerli Yüzde	0,0	48,8	23,3	14,0	4,7	4,7	0,0	2,3	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	0,0	48,8	72,1	86,0	90,7	95,3	95,3	97,7	100,0	100,0			
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	13	9	11	2	1	1				43	0	43
Geçerli Yüzde	14,0	30,2	20,9	25,6	4,7	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,0	44,2	65,1	90,7	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0			
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	3	8	13	5	7	5		1	1		43	0	43
Geçerli Yüzde	7,0	18,6	30,2	11,6	16,3	11,6	0,0	2,3	2,3	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	7,0	25,6	55,8	67,4	83,7	95,3	95,3	97,7	100,0	100,0			
105	Hastane imajı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	6	15	6	11	2	1	1	1			43	0	43
Geçerli Yüzde	14,0	34,9	14,0	25,6	4,7	2,3	2,3	2,3	0,0	0,0	100		
Kümülatif Yüzde	14,0	48,8	62,8	88,4	93,0	95,3	97,7	100,0	100,0	100,0			
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	4	8	7	10	7	3		1		1	41	2	43
Geçerli Yüzde	9,8	19,5	17,1	24,4	17,1	7,3	0,0	2,4	0,0	2,4	100		
Kümülatif Yüzde	9,8	29,3	46,3	70,7	87,8	95,1	95,1	97,6	97,6	100,0			
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı										Geçerli Toplam	Eksik	Toplam
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
Frekans	2	11	4	7	7	6		1	1	1	40	3	43
Geçerli Yüzde	5,0	27,5	10,0	17,5	17,5	15,0	0,0	2,5	2,5	2,5	100		
Kümülatif Yüzde	5,0	32,5	42,5	60,0	77,5	92,5	92,5	95,0	97,5	100,0			

Ek 8. İkinci Tur Delphi Uygulaması Katılımcı Değerlendirmeleri Sonuçları

Ölçüt No	Ölçüt Adı	Medyan	Mod	Std Sapma	Ort	Min	Max	Ranj	İlk Çeyrek	Son Çeyrek	Çeyrek Fark	Uzlaş %	Karar
Cerrahi Çıktı Ölçütleri													
1	Abdominal aorta anevrizma onarımı mortalite oranı	7,00	6,00	1,45	6,88	5,00	10,00	5,00	6,00	8,00	2,00	38,20	At
2	Koroner arter bypass grefti mortalite oranı	8,00	8,00	1,30	8,24	6,00	10,00	4,00	7,00	9,00	2,00	67,60	Birincil
3	Ameliyat sonrası planlanmamış yatış veya sevk oranı	7,50	7,00	1,56	7,59	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	50,00	İkincil
4	Aynı yatışta ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı	7,00	7,00	1,35	7,44	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	41,20	
5	Cerrahi yatan hastalarda ölüm oranı	8,00	8,00	1,42	8,17	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	74,00	Birincil
8	Genel operasyon sonrası planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	7,00	1,47	7,29	4,00	10,00	6,00	6,00	8,00	2,00	42,90	
9	Ameliyat sonrası pulmoner emboli veya derin damar trombozu oranı	8,00	8,00	1,32	7,65	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	58,80	İkincil
10	Belirli cerrahi operasyonlarda mortalite oranı	8,00	8,00	1,42	8,09	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	64,70	Birincil
11	Ameliyat sonrası dikiş açılması oranı	8,00	8,00	1,54	7,56	4,00	10,00	6,00	7,00	8,00	1,00	58,80	İkincil
12	Anestezi komplikasyonu oranı	8,00	8,00	1,66	7,80	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	62,90	İkincil
13	Ameliyat bölgesi enfeksiyonu oranı	9,00	9,00	0,97	8,86	6,00	10,00	4,00	8,00	10,00	2,00	91,40	Birincil
14	Normal doğum esnasında obstetrik travma oranı	8,00	8,00	1,15	8,03	5,00	10,00	5,00	8,00	9,00	1,00	80,00	Birincil
15	Sezaryen doğum esnasında obstetrik travma oranı	9,00	8,00	1,29	8,49	5,00	10,00	5,00	8,00	10,00	2,00	82,90	Birincil
16	Yeni doğanda yaralanmaya neden olan doğum travması oranı	9,00	9,00	1,04	8,91	7,00	10,00	3,00	8,00	10,00	2,00	85,70	Birincil
17	Yoğun bakım ünitesine geri dönüş oranı	7,00	7,00	1,59	7,34	4,00	10,00	6,00	6,00	8,00	2,00	42,90	
Dahili Tıp Çıktı Ölçütleri													
18	Akut myokard enfarktüs mortalite oranı	8,00	8,00	1,18	8,06	6,00	10,00	4,00	7,00	9,00	2,00	67,60	Birincil
25	Düşük mortaliteli DRG'lerde (diyagnoz grupları) mortalite oranı	8,00	7,00	1,36	7,82	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	57,60	İkincil
31	Genel planlanmamış tekrar yatış oranı	7,00	7,00	1,24	7,34	5,00	10,00	5,00	7,00	8,00	1,00	45,70	
Cerrahi Süreç Ölçütleri													
32	Koruyucu (prophylactic) antibiyotik kullanımı oranı	8,00	9,00	1,57	8,03	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	70,60	Birincil
33	Cerrahi işlemlerde tromboz önleyici (thromboprophylaxis) kullanımı oranı	8,00	8,00	1,70	7,65	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	64,70	İkincil
Dahili Tıp Süreç Ölçütleri													
34	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye geliş anında aspirin (antiplatelet) kullanımı oranı	8,00	7,00	1,80	7,67	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	54,50	İkincil
35	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilirken aspirin (antiplatelet) reçetelenmesi oranı	7,00	7,00	1,75	7,48	4,00	10,00	6,00	7,00	8,00	1,00	45,50	

37	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir sürede tromboz önleyici kullanım oranı	8,00	7,00	1,60	7,94	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	60,60	İkincil
38	Akut myokard enfarktüs - Hastaneye varıştan itibaren belirli bir süre içinde anjiyo gerçekleştirilmesi oranı	9,00	9,00	1,09	8,61	6,00	10,00	4,00	8,00	9,00	1,00	81,80	Birincil
40	Akut myokard enfarktüs - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı	9,00	8,00	1,09	8,61	6,00	10,00	4,00	8,00	9,00	1,00	84,80	Birincil
41	Kalp yetmezliği - Sol ventriküler sistolik işlevin değerlendirilmesi oranı	7,00	7,00	1,14	7,21	4,00	10,00	6,00	7,00	8,00	1,00	33,30	
43	Kalp yetmezliği - Taburcu edilme esnasında danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastanın bilgilendirilmesi oranı	8,00	9,00	1,77	8,09	2,00	10,00	8,00	7,00	9,00	2,00	66,70	Birincil
44	Strok - Damar tromboz önleyici kullanım oranı	8,00	8,00	1,33	7,97	6,00	10,00	4,00	7,00	9,00	2,00	66,70	İkincil
46	Strok - Taburcu edilme öncesinde hasta eğitimi oranı	8,00	8,00	1,31	8,33	5,00	10,00	5,00	8,00	9,00	1,00	75,80	Birincil
47	Strok - Rehabilitasyon için değerlendirilen hasta oranı	8,00	9,00	1,69	7,82	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	54,50	İkincil
48	Strok - Tıbbi görüntüleme (CT - MR - Ultrason) oranı	8,00	8,00	1,50	7,64	5,00	10,00	5,00	7,00	8,00	1,00	51,50	İkincil
49	Yoğun bakım ünitesinde damar tromboz önleyicisi kullanımı oranı	8,00	7,00	1,69	7,79	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	57,60	İkincil
Yapısal Ölçütler													
50	Sezaryen doğum oranı	8,00	8,00	1,76	7,54	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	62,20	İkincil
51	Sezaryen doğumdan sonra normal doğum oranı	7,00	7,00	1,46	6,78	4,00	10,00	6,00	6,00	8,00	2,00	30,60	At
52	İlk doğumda sezaryen doğum oranı	8,00	8,00	2,26	7,57	1,00	10,00	9,00	7,00	9,00	2,00	70,30	İkincil
53	Ameliyathane kullanım oranı	8,00	8,00	1,78	7,95	4,00	10,00	6,00	8,00	9,00	1,00	77,50	İkincil
54	Doktor başına düşen ameliyat sayısı	8,00	8,00	1,89	7,98	3,00	10,00	7,00	8,00	9,00	1,00	77,50	İkincil
55	Doktor başına düşen yatan hasta sayısı	8,00	8,00	1,78	7,98	3,00	10,00	7,00	7,50	9,00	1,50	75,00	İkincil
56	Hemşire başına düşen yatan hasta sayısı	9,00	10,00	1,38	8,50	5,00	10,00	5,00	8,00	10,00	2,00	77,50	Birincil
57	Yatak doluluk oranı	9,00	9,00	1,47	8,50	3,00	10,00	7,00	8,00	9,00	1,00	82,50	Birincil
58	Ortalama yatış süresi (Genel, servis bazında vb. hesaplanabilir)	9,00	9,00	0,95	8,69	6,00	10,00	4,00	8,00	9,00	1,00	89,70	Birincil
59	Doktor başına düşen poliklinik odası sayısı	9,00	8,00	1,23	8,63	5,00	10,00	5,00	8,00	10,00	2,00	85,00	Birincil
Finansal Ölçütler													
60	Aktif / borç (likidite ölçütleri) oranı	8,00	8,00	1,49	8,23	5,00	10,00	5,00	8,00	9,00	1,00	76,70	Birincil
61	İdari giderlerin toplam giderlere oranı	8,00	8,00	1,43	7,77	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	60,50	İkincil
62	Hasta başı ortalama gider (gider kalemleri veya grupları bazlı) miktarı	7,00	7,00	1,73	7,00	3,00	10,00	7,00	6,00	8,00	2,00	39,50	
63	Hastanede kullanılan tıbbi ekipmanın ortalama yaşı	7,00	8,00	1,79	7,02	3,00	10,00	7,00	6,00	8,00	2,00	46,50	

64	Vaka başı ortalama maliyet	8,00	8,00	1,39	7,98	5,00	10,00	5,00	8,00	9,00	1,00	76,70	İkincil
65	Vaka başı ortalama gelir	8,00	8,00	1,47	7,70	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	62,80	İkincil
66	Gelir bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)	8,00	8,00	1,24	8,29	5,00	10,00	5,00	8,00	9,00	1,00	76,20	Birincil
67	Gider bütçesinin gerçekleşme düzeyi (genel ve bütçe kalemleri bazında)	8,00	8,00	1,42	8,26	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	69,80	Birincil
68	Yatırım giderlerinin genel gider bütçesine oranı	8,00	7,00	1,52	7,88	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	51,20	İkincil
Güvenlik Ölçütleri													
69	Tıbbi personelde delinme veya kesilme ile sonuçlanan kaza sayısı	9,00	10,00	1,51	8,36	5,00	10,00	5,00	8,00	10,00	2,00	76,20	Birincil
70	Cerrahi müdahalede vücutta yabancı cisim kalma oranı	8,00	10,00	2,06	7,95	3,00	10,00	7,00	7,00	10,00	3,00	64,30	Uzlaş yok
71	Belirli hastalıklarda komplikasyon veya hasta güvenliği olayı sayısı	8,00	8,00	1,31	8,05	5,00	10,00	5,00	8,00	9,00	1,00	76,20	Birincil
72	Transfüzyona tepki veya kan uyuşmazlığı oranı	8,00	8,00	2,00	7,64	2,00	10,00	8,00	7,00	9,00	2,00	66,70	İkincil
73	Düşme ve travma oranı	8,00	8,00	1,39	7,93	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	69,00	İkincil
74	Ana damar kateter (sonda) kullanımı ile ilgili enfeksiyon oranı	8,50	9,00	1,40	8,26	5,00	10,00	5,00	8,00	9,00	1,00	76,20	Birincil
75	Bası yarası oranı	9,00	9,00	1,78	8,20	3,00	10,00	7,00	7,00	9,00	2,00	70,70	Birincil
76	Ameliyat sonrası kalça kırığı oranı	7,00	7,00	2,10	6,69	1,00	10,00	9,00	6,00	8,00	2,00	35,90	At
77	Ameliyat sonrası iç kanama veya hematoma oranı	8,00	8,00	1,15	7,93	6,00	10,00	4,00	7,00	8,00	1,00	68,30	İkincil
78	Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik bozukluk oranı	7,00	7,00	1,47	6,95	2,00	9,00	7,00	7,00	8,00	1,00	75,60	At
79	Ameliyat sonrası solunum yetersizliği oranı	7,00	8,00	1,51	6,75	1,00	9,00	8,00	6,00	8,00	2,00	37,50	At
80	Hastane enfeksiyonları oranı	9,00	10,00	0,90	9,20	7,00	10,00	3,00	9,00	10,00	1,00	95,10	Birincil
81	İlaça tepki (hatalı ilaç kullanımı) oranı	8,00	8,00	1,69	7,95	2,00	10,00	8,00	8,00	9,00	1,00	75,60	İkincil
Hasta Memnuniyet Ölçütleri													
82	Hasta memnuniyet anketleri - genel memnuniyet düzeyi	9,00	9,00	1,55	8,40	3,00	10,00	7,00	8,00	9,00	1,00	83,70	Birincil
83	Hasta memnuniyet anketleri - erişim ve bekleme skorları	9,00	9,00	1,70	8,21	3,00	10,00	7,00	7,00	9,00	2,00	74,40	Birincil
84	Hasta memnuniyet anketleri - hastane tesis ve olanakları skorları	8,00	8,00	1,76	8,09	3,00	10,00	7,00	7,00	9,00	2,00	74,40	Birincil
85	Hasta memnuniyet anketleri - hizmetin güvenliği, kalitesi ve koordinasyonu skorları	8,00	9,00	1,75	8,05	3,00	10,00	7,00	7,00	9,00	2,00	72,10	Birincil
86	Hasta memnuniyet anketleri - bilgilendirme ve seçme hakkı skorları	8,00	8,00	1,43	8,40	4,00	10,00	6,00	8,00	10,00	2,00	79,10	Birincil
87	Hasta memnuniyet anketleri - daha yakın ilişki tesis etme skorları	8,00	7,00	1,23	7,79	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	55,80	İkincil
88	Hasta şikayetleri sayısı ve çözülme oranları (şikayet sayısı, çözümlenen veya çözülmemeyen şikayet sayısı)	9,00	9,00	1,64	8,44	2,00	10,00	8,00	8,00	10,00	2,00	76,70	Birincil

	İnsan Kaynakları Ölçütleri													
89	Çalışan anketleri - genel memnuniyet skorları	8,00	8,00	1,30	8,47	5,00	10,00	5,00	8,00	10,00	2,00	79,10	Birincil	
90	Çalışan anketleri - sağlık, güvenlik ve olumsuz olay skorları	8,00	8,00	1,27	8,23	5,00	10,00	5,00	7,00	9,00	2,00	69,80	Birincil	
91	Çalışan anketleri - çalışanların tutumları skorları	8,00	7,00	1,57	7,84	3,00	10,00	7,00	7,00	9,00	2,00	62,80	İkincil	
92	Fazla mesai sürelerinin	7,00	8,00	1,64	6,93	3,00	10,00	7,00	6,00	8,00	2,00	41,90	At	
93	Tükenmişlik / Motivasyon seviyeleri	8,00	8,00	1,38	8,19	4,00	10,00	6,00	8,00	9,00	1,00	76,70	Birincil	
94	İşgücü devir oranı	7,00	7,00	1,31	6,95	4,00	10,00	6,00	6,00	8,00	2,00	30,20	At	
95	İşe gelmeme / Devamsızlık oranları	7,00	7,00	1,74	7,19	1,00	10,00	9,00	7,00	8,00	1,00	39,50		
96	Meslek içi eğitim harcamaları (süreleri) miktarı	8,00	8,00	1,43	7,88	4,00	10,00	6,00	7,00	8,00	1,00	65,10	İkincil	
	Rekabet Ölçütleri													
97	Hasta için öncelikli tercih edilen sağlık kuruluşu olmak	9,00	10,00	1,20	8,71	6,00	10,00	4,00	8,00	10,00	2,00	85,70	Birincil	
98	Hasta için öncelikli tavsiye edeceği sağlık kuruluşu olmak	9,00	9,00	1,74	8,50	1,00	10,00	9,00	8,00	10,00	2,00	81,00	Birincil	
99	Pazar payı	9,00	9,00	1,98	8,02	2,00	10,00	8,00	7,00	9,00	2,00	63,40	Birincil	
	Diğer Ölçütler													
100	Hastanenin tanınmışlığı	8,00	9,00	1,93	7,58	1,00	10,00	9,00	7,00	9,00	2,00	55,80	İkincil	
101	Hastaneye güven	9,00	10,00	1,58	8,67	2,00	10,00	8,00	8,00	10,00	2,00	86,00	Birincil	
102	Hastanenin tıbbi ve çevresel etkisine ilişkin algı	8,00	9,00	1,64	7,86	2,00	9,00	7,00	7,00	9,00	2,00	72,10	İkincil	
103	Yasalara uyum ve etik davranışa ilişkin algı	8,00	9,00	1,39	8,07	4,00	10,00	6,00	7,00	9,00	2,00	65,10	Birincil	
104	Paydaşlarla bilgi paylaşımı düzeyine ilişkin algı	8,00	8,00	1,88	7,26	1,00	10,00	9,00	6,00	9,00	3,00	55,00	Uzlaş yok	
105	Hastane imajı	8,00	9,00	1,60	8,00	3,00	10,00	7,00	7,00	9,00	2,00	62,80	Birincil	
106	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumlu haber sayısı	7,00	7,00	1,89	7,29	1,00	10,00	9,00	6,00	9,00	3,00	46,30	Uzlaş yok	
107	Hastane ile ilgili medyada yer alan olumsuz haber sayısı	7,00	9,00	2,11	6,95	1,00	10,00	9,00	6,00	9,00	3,00	42,50	At	

Kaynakça

- Aday, L, C. Begley, D. Lairson ve R. Balkrishan. (2004). *Evaluating the healthcare system*. Chicago: Health Administration Press.
- Aguinis, H. (2006). *Performance management*. Upper Saddle River : Pearson.
- Ağça, V. ve E. Tunçer (2006). Çok boyutlu performans değerlendirme modelleri ve bir balanced scorecard uygulaması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*. 8(1), 173-193.
- Ak,Bilal. http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=3&fldAuto=75 (Erişim Tarihi: 20.01.2012).
- Akal, Z. (2003). *Performans kavramları ve performans yönetimi*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı.
- Aktan, C. ve K. Işık (2007a).Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler.*Sağlık ekonomisi ve yönetimi*. (Ed: C. Aktan), Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı.
- Aktan, C. ve K. Işık (2007b).Sağlık hizmetlerinde devletin değişen rolü. *Sağlık ekonomisi ve yönetimi*. (Ed: C. Aktan), Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı.
- Alexander, J. (2007). *Performance dashboards and analysis for value creation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Amaratunga, D., D. Baldry ve M. Sarshar (2000). Assessment of facilities management performance. *MCB Facilities*, 18(1).
- Ambler, T. (2008). Marketing metrics. *The Marketing Book* (Eds. M. Baker ve S. Hart) Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Ariyachandra, T. ve Frolick, M (2008). Critical success factors in business performance management: striving for success, *Information Systems Management*, 25 (2), 113–20.
- Armstrong, M. (2000). *Performance management*. London: Kogan Page.

- Armstrong, M. (2006). *Armstrong's handbook of performance management*. London: Kogan Page.
- Armstrong, M. (2009). *Performance management: key strategies and guidelines*. London: Kogan Page.
- Arnold, R. (2008). *Microeconomics*. Mason: South-Western Cengage Learning.
- Asch, S., C. Damberg, L. Hiatt, S. Teleki, R. Shaw, T. Hill, R. Benjamin-Johnson, D. Eisenman, S. Lulkarni, E. Wang, B. Williams, A. Yesusve C. Grudzen (2011). Selecting performance indicators for prison health care. *Journal of Correctional Health Care*. 17(2), 138-149.
- Ataman, G. (2004). İşletmelerde yeni performans ölçümleme sistemleri. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*. S. 24 ss. 73-82
- Ateş H,. (2007). Kavramlar, tartışmalar ve genel çerçeve. *Sağlık sektöründe performans yönetimi* (Ed: H. Ateş; H. Kırılmaz ve S. Aydın). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Axson, A. J. (2010). *Best practices in planning and performance management*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Baker, R. (2006). *Measure what matters to customers: using key predictive indicators*. Hoboken: John Wiley & Sons
- Barnsley, J., W. Berta, R. Cockerill, J. MacPhail ve E. Vayda (2005). Identifying performance indicators for family practice: assessing levels of consensus. *Canadian Family Physician*, 51(4), 701-708.
- Barr, D. (2007). *Introduction to US health policy, the organization, financing and delivery of health care in America*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Barutçugil, İ. (2002). *Performans yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Beattie, E. ve M. Jones (2004). A Delphi Study to Identify Performance Indicators for Emergency Medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21(1), 47-50.
- Belleflamme, P. ve M. Peitz. (2010). *Industrial organization: markets and strategy*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Benson, L. (2006). Healthcare systems: an overview of health service delivery: *Healthcare management* (Eds: Walshe, K. ve J. Smith). Berkshire: Open University Press.
- Berger, S. (2008). *Fundamentals of health care financial management*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Berman E. (2006) *Performance and productivity in public and nonprofit organizations*. Armonk: M.E. Sharpe
- Besler, S. (2009). Kurumsal sürdürülebilirlik. *Yönetim yaklaşımlarıyla kurumsal sürdürülebilirlik* (Ed. Besler, S.) İstanbul: Beta.
- Bessire, D. ve R. Baker (2005). The French Tableau de bord and the American balances scorecard: a critical analysis. *Critical Perspective in Accounting*, 16, 645-664.
- Bishop, M. (2004). *Essential economics*. London: Profile Books Ltd.
- Bocci, F. (2004), Defining performance measurement. *Perspectives on Performance*, 3(1), 20-31.
- Bonham, S. (2008). *Actionable strategies through integrated performance, process, project and risk management*. Boston: Artech House.
- Bouckaert, G. ve J. Halligan (2008). *Managing performance international comparisons*. New York: Taylor & Francis Group.
- Boulkedid, R., H. Abdoul, M. Loustau, O. Sibony ve C. Alberti (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLos One*, 6(6).
- Bourguignon, A., V. Malleret ve H. Norreklit (2004). The American balanced scorecard versus French Tableau de Bord: the ideological dimensions. *Management Accounting Research*. 15(2), 107-134.
- Bovaird, T. (1996). The political economy of performance measurement: *Organizational performance and measurement in the public sector*. (Eds. Halachmi A. ve G. Bouckaert). Westport: Quorum Books.
- Bowles, N. (1999). The Delphi technique. *Nursing Standard*. 13(45), 32-36.

- Bragg, M. S. (2007). *Business ratios and formulas: a comprehensive guide*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Braverman, J. (2010). *Health economics*. London: Pharmaceutical Press.
- Brealey, R. A., Myers, S. C. ve Marcus, A. J. (2009). *Fundamentals of corporate finance*. New York: McGraw Hill.
- Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the world health organization definition of health: physical, mental and social well-being. *International Journal of Epidemiology*. 1(4), 347-355.
- Brigham, E. ve J. Houston. (2004). *Fundamentals of financial management*. South-Western college publishers.
- Brown, S., K. Blackmon, P. Cousins ve Harvey Maylor (2001). *Operations management*. Woburn: Butterworth-Heinemann.
- Burnam, A. (2005). Selecting performance indicators by consensus an appropriate extension of the Delphi method? *Psychiatric Services*, 56(12), 1583.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of health. *Studies Hastings Center*, 1(3), 77-88.
- Campbell, N. (2008). The impact of biotechnology advances on the healthcare systems: *The business of healthcare volume 2*. (Eds: Cohn, K. H. ve D. E. Hough): Westport: Prager Publishers.
- Campell, S., J. Braspenning, A. Hutchinson ve M. Marshall (2002). Research methods used in applying quality indicators in primary care. *Quality & Safety in Health Care*, 11(4), 358-364.
- Campell, S., J. Braspenning, A. Hutchinson ve M. Marshall (2003). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal*, 326, 816-819.
- Can, H., Akgün, A ve Kavuncubaşı, Ş. (2001). *Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi*. Ankara: Siyasal Yayınevi.
- Carlton, D. ve J. Perloff (1999). *Modern industrial organization*. Boston: Addison Wesley.

- Carton, R.B. ve Hofer, C.W. (2006). Measuring organizational performance: Metrics for entrepreneurship and strategic management research. Cheltenham UK: Edward Elgar.
- Civan, A. (2009). Sağlık sektöründe devletin rolü. *Sağlık işletmeleri yönetim rehberi* (Editörler: A. Coşkun, ve A. Akın). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Clark, B. (2007) Measuring marketing performance. *Business performance measurement* (Ed. A. Neely). Cambridge: Cambridge University Press.
- Clarke, R. (2011). Marketing healthcare services. *Healthcare administration* (Ed: L. Wolper). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Cokins, G. (2004). *Performance management: finding the missing pieces*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Cokins, G. (2006). Performance management. *Case studies in performance management: a guide from the experts*. (Ed: T. Adkins). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Cokins, G. (2009). *Integrating strategy, execution, methodologies, risk and analytics*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Coşkun, A. (2006). *Stratejik performans yönetimi ve performans karnesi*. İstanbul: Literatür Kitapevi.
- Copnell, B., V. Hagger, S. Wilson, S. Evans, P. Sprivulis ve P. Cameron (2009). Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators. *International Medicine Journal*, 39, 352-360.
- Cuhls, K. (2009). Delphi surveys in future research. *Future research and future design*. (Ed: R. Popp ve E. Schull). Berlin: Springer.
- Culyer, A. (2005). *The dictionary of health economics*. Northampton: Edward Elgar Publishing.
- Cutt, J. (1998). Performance measurement in non-profit organizations: Integration and focus within comprehensiveness. *Asian Journal of Public Administration*. 20(1), 3-29

- Çevik, H. (2007). Kamu kurum ve kuruluşlarında performans yönetimi. *Sağlık sektöründe performans yönetimi* (Ed: H. Ateş; H. Kırılmaz ve S. Aydın). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Çevik, H.; Göksu, T.; Bilgiç, V.; Karakaya, M.; Seyhan, K. ve Gül, K. (2008). Kamu kurumlarında performans yönetimi. Ankara: Seçkin.
- Day, J. ve M. Bobeva (2005). A generic toolkit for the successful management of Delphi studies. *The Electronic Journal of Business Research Methodology*, 3(2), 103-116.
- Dayton, L. (1999). *Critical success factors in total quality management systems: a practitioner-based study of U.S. quality programs*. University of Sarasota, Yayınlanmamış Doktora Tezi,
- Docteur, E. ve H. Oxley (2003). *Health care systems: lessons from the reform experience*. OECD Economics Department Working Papers, No. 374, Paris: OECD Publishing.
- Dewar, D. (2010). *Essentials of health economics*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Dinesh, D. ve E. Palmer. (1998). Management by objectives and the Balanced Scorecard: will Rome fall again? *Management Decision*. 38(6) pp. 363-369.
- Earl-Slater, A. (1999). *Dictionary of health economics*. Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Epstein, M. ve J. Manzoni (1997). The Balanced Scorecard and Tableau de Bord: translating strategy into action. *Management Accounting*, 79(2), 28-36.
- Evashwick, C. J. (2009). Continuum of care: *Encyclopedia of health services research* (Ed: Mullner, R.). Thousand Oaks: Sage. pp. 229-244.
- Farris, P., N. Bendle, P. Pfeifer ve D. Reibstein (2010). *Marketing metrics*. Upper Saddle River: FT Press.
- Fitzgerald, R. (2002). *Business finance for managers*. London: Kogan Page.
- Fitzpatrick, T. ve Morrison, E.J. (1971). Performance and product evaluation. *Educational measurement* (Ed: R.L. Thorndike). Washington, DC: American Council on Education.

- Frigo, M. (2002). Strategy and the balanced scorecard. *Strategic Finance*. November, 6-9.
- Gapenski, L. (2009). *Understanding healthcare financial management*. Chicago: Health Administration Press.
- Gautreau, A. ve B. Kleiner (2001). Recent trends in performance measurement systems: the balanced scorecard approach. *Management Research News*. 24(3).
- Getzen, T. (2007). *Health economics and financing*, Hoboken: John Wiley & Sons.
- Ghalayini, A. ve J. Noble (1996). The changing basis of performance measurement. *International Journal of Operations & Production management*, 16(8), 93-80.
- Gibberd, R. (2005). Performance measurement: is it now more scientific. *International Journal for Quality in Health Care*. 17(3), 185-186.
- Gillies, A. (2003). *What makes a good healthcare system?: comparisons, values, drivers*. Abbingdon: Radcliffe Medical Press.
- Gitomer, D.H. (1993). Performance assessment and educational measurement. *Construction versus choice in cognitive measurement*. (Ed: R.E. Bennett, ve W.C. Ward). Hillside: Lawrence Erlbaum.
- Glandon, G. (2002). The contribution of epidemiological information in economic decision making. *Epidemiology and the delivery of health care services*. (Ed: D. Oleske). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Glandon, G., D. Smaltz ve D. Slovensky.(2008). *Information systems for healthcare management*. Chicago: Health Administration Press.
- Gomes, C, M. Yasin, ve M. Lisboa (2004). A literature review of manufacturing performance measures and measurement in an organizational context. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 15(6), 511.
- Gordon, T (2003). The Delphi method. *Futures research methodology*. (Ed: J. Glenn ve T. Gordon). ACUNU.
- Grad, F. (2002). The preamble of the constitution of the world health organization. *Bulletin of the World Health Organization*. 80(12), 981-984.

- Griffin, D. (2006). *Hospitals: what they are and how they work*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Grimes, R. ve S. Mosley (1976). An approach to an index of hospital performance. *Health Services Research*, 11(2), 288-301.
- Groene, O., K. J. Skau ve A. Frolich (2008). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3) 162-171.
- Groene, O., E. Brandt, W. Schmidt ve J. Moeller (2009). The balanced scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 259-271.
- Güvercin, C. H. (2004). Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye’de sosyal güvenliğin tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(2), 89-95.
- Haapasalo, H., K. Ingalsua ve T. Lenkkeri (2006). Linking strategy into operational management. *Benchmarking an International Journal*, 13(6), 701-717.
- Harrison, J. P. (2010). *Essentials of strategic planning in healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
- Hasson, F., S. Keeney ve H. McKenna (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015.
- Helfert, E. (2001). *Financial analysis tools and techniques: a guide for managers*. New York: McGraw Hill.
- Hepworth, P. (1998). Weighing it up- a literature review for the balanced scorecard. *Journal of Management*, 17(8), 559-563.
- Hermann, R., H. Palmer, S. Leff, M. Shwarz, S. Provost, J. Chan, W. Chiu ve G. Lagodmas (2004). Achieving consensus across diverse stakeholders on quality measures for mental healthcare. *Medical Care*, 42(12), 1246-1253.
- Hernandez, E., F. Dewhurst, M. Pritchard vd K. Barber (2004). Modelling the strategy management process. *Business Process Management*, 10(6), 691-711.

- Hill, C. ve G. Jones. (2009). *Essentials of Strategic Management*. Mason: South-Western.
- Hough, D. (2008). Can pay for performance really pay for performance: *The business of healthcare volume 1*. (Eds: Cohn, K. H. ve D. E. Hough): Westport: Prager Publishers.
- Hsu, C. (2007). The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12(10).
- Hudson, M., A. Smart ve M. Bourne (2001). Theory and practice in SME performance measurement systems. *International Journal of Operations and Production Management*, 21(8), 1096-1115.
- http://www.dohc.ie/publications/fulltext/quality_and_fairness/ (Erişim tarihi 02.02.2012)
- http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4013671.xls (Erişim tarihi 02.02.2012)
- <http://www.ahrq.gov/about/budgtix.htm#background> (Erişim tarihi 02.02.2012).
- <http://www.ahrq.gov/qual/qitoolkit/qiroadmap.htm> (Erişim tarihi 02.02.2012).
- <http://www.euroqol.org/eq-5d/what-is-eq-5d.html> (Erişim tarihi 02.02.2012).
- <http://www.internationalqip.com/indicators.aspx> (Erişim tarihi, 02.02.2012).
- http://www.internationalqip.com/Documents/All_Indicators.zip (Erişim 02.02.2012)
- <http://www.isis-innovation.com/outcomes/cns/pdq.html> (Erişim tarihi 02.02.2012)
- http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx (Erişim tarihi, 02.02.2012).
- <http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project/introduction> (Erişim tarihi, 02.02.2012).
- <http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project/indicator+sets> (Erişim tarihi, 02.02.2012).
- http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/17_ocak_2012/3ek6.pdf (Erişim tarihi 02.02.2012).

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/hkskitap.pdf (Erişim tarihi, 02.02.2012)

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/03_ocak_2012/0501memnuniyet_anketleri_uygulama_rehberi_2012.pdf (Erişim tarihi 02.02.2012).

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/21ayaktananket.doc (Erişim tarihi 02.02.2012).

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/1111.pdf (Erişim tarihi 02.02.2012)

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/01_subat_2011/1409ekodeme.pdf (Erişim tarihi, 02.02.2012).

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/21acilanket.doc (Erişim tarihi, 02.02.2012)

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/21calisan.doc (Erişim tarihi, 02.02.2012).

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/3ek3veriizleme.pdf (Erişim Tarihi, 02.02.2012).

http://www.spinetr.org/skor/ShortForm_36.pdf?phpMyAdmin=58238cb5a2deb6fcf3e67cf148c3ded4 (Erişim tarihi 02.02.2012).

<http://sunnybrook.ca/scorecard/index.asp#sr> (Erişim tarihi, 02.02.2012).

<http://tsh.to/img/TSH%20Scorecard%20-%20Corporate%20-%202011%2012%20Q2a.pdf> (Erişim tarihi, 02.02.2012).

<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html> (Erişim tarihi, 06.12.2011)

<http://www.who.int/topics/hospitals/en/> (Erişim tarihi: 20.01.2012).

Hübner-Bloder, G. ve E. Ammenwerth (2009). Key performance indicators to benchmark hospital information systems- a Delphi study. *Methods Inf Med*, 48, 508-518.

- Hurley, J. (2000). An overview of the normative economics of the health sector. *Handbook of health economics*. (Eds. A. Culyer, ve J. Newhouse). Amsterdam: Elsevier, 55-119.
- Jadad, A. ve O'Grady, L (2008). How should health be defined? *British Medical Journal*, 337:a2900.
- James, B. (2011). Learning opportunities for health care. *Engineering a learning health system*. (Eds. C. Grossman, A. Goolsby, L. Olsen ve M. McGinnis). Washington DC: National Academic Press.
- Jeffery, M. (2010). *Data driven marketing*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Johnson, C. C. (2007). Introduction to the balanced scorecard and performance measurement systems. *Balanced scorecard for state owned enterprises* (Eds: C. C. Johnson, ve I. Beiman). Asian Development Bank.
- Johnson, G., K. Scholes ve R. Whittington (2008). *Exploring corporate strategy*. Essex: Pearson
- Johnson, T. (2009).Market failure. *Encyclopedia of health services research* (Ed: R. Mullner). Thousand Oaks: Sage, 709-713.
- Joint Commission International.(2008). *Joint commission international accreditation standards for hospitals.3rd Edition*. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources.
- Jones, A., N. Rice ve P. Contoyannis (2006). The dynamics of health. *The Elgar companion to health economics* (Ed: A. Jones) Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Jones, G. (2006). Towards a positive interpretation of transaction cost theory: The central role of entrepreneurship and trust. *Strategic management* (Ed. J. McGee). Malden: Blackwell Publishing.
- Kaplan. R. (1994). Devising a balanced scorecard matched to business strategy. *Planning Review*, 22(5).
- Kaplan, R. ve D. Norton (1992). The balanced scorecard- measures that drive performance. *Harvard Business Review*, January-February, 71-79.

- Kaplan, R. ve D. Norton (1993). Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, September-October, 134-147.
- Kaplan, R. ve D. Norton. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business Press.
- Kaplan, R. ve D. Norton (2000). Having trouble with your strategy? Then map it!, *Harvard Business Review*, 78(5), 167-176.
- Kaplan, R. ve D. Norton. (2001a). *The strategy focused organization*. Boston: Harvard Business Press.
- Kaplan, R. ve D. Norton. (2001b). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: part I. *Accounting Horizons*, 15(1), 87-104
- Kaplan, R. ve D. Norton. (2001c). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: part II. *Accounting Horizons*, 15(2), 147-160.
- Karacık, A. ve H. Atlı, Sağlık sigortaları. [http://www. Saglikplatformu.com /statik/sigorta.htm](http://www.Saglikplatformu.com/statik/sigorta.htm). Erişim Tarihi: 02.08.2010.
- Katsioloudes, M. (2006). *Strategic management*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Kavuncubaşı, Ş. (2007). *Sağlık kurumları yönetimi* (Ed.N. Tokgöz). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi
- Kaydos, W., (1999). Operational performance measurement: increasing total productivity. Boca Raton: CRC Press.
- Kaygusuz, S. Y. (2005). Yönetim muhasebesinin performans yönetimi fonksiyonunda geldiği son nokta: balanced scorecard. *İş Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 7(1), 81-103.
- Keegan, D., R. Eiler ve C. Jones (1989). Are your performance measures obsolete? our performance measures obsolete? *Management Accounting*, June, 45-50.
- Knight, R. ve Bertoneche, M. (2007). *Financial performance*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Kotler, P. ve K. Keller. (2012). *Marketing Management*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Kotler. P, K. Keller, M. Brady, M. Goodman ve T. Hansen. (2009). *Marketing Management*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Krajewski, L., L. Ritzman ve M. Malhotra (2010). *Operations management*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Lancaster, G. ve K. Massingham (2011). *Essentials of Marketing Management*. New York: Routledge.
- Landeta, J. (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change*, 73, 467-482.
- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.
- Lawson, R., T. Hatch ve D. Desroches (2007). *Scorecard best practices: design, implementation and evaluation*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Lebas, M. ve Euske, K. (2007). A conceptual and operational delineation of performance. *Business performance management*. (Ed: A. Neely,). Cambridge: Cambridge University Press.
- Legare, F. (2009). Managing variability and uncertainty. *Encyclopedia of medical decision making*. (Ed. M. Katten,). Thousand Oaks: Sage. pp. 691-694.
- Lemmens, K., R. Huijsman ve J. Walburg (2006). Performance improvement and disease management. *Performance management in healthcare* (Eds: J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin ve K. Lemmens). Oxon: Routledge. pp. 149-174.
- Letza, S. (1996). The design and implementation of the balanced scorecard: an analysis of three companies in practice. *Business Process Management Journal*. 2(3), 54-76.
- Lindsay, P., M. Schull, S. Bronskill ve G. Anderson (2002). The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified Delphi approach. *Academic Emergency Medicine*. 9(11), 1131-1139.

- Lipczynski, J., J. Wilson ve J. Goddard (2005). *Industrial organization: competition, strategy, policy*. Essex: Pearson.
- Malina, M. ve F. Selto (2001). Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the balanced scorecard. *Journal of Management Accounting Research*, 13, 47-90.
- Marr, B. (2006). *Strategic performance management: leveraging and measuring your intangible value drivers*. London: Elsevier.
- McConnell, C., S. Brue ve S. Flynn. (2011). *Microeconomics*. New York: McGraw Hill.
- McDaniel Jr., R. D., A. Basu, D. Kovel ve I. Batstone (2008). Healthcare as an economic engine: *The business of healthcare volume 3*. (Eds: K. H. Cohn, ve D. E. Hough). Westport: Prager Publishers.
- McGuire, T. (2000). Physician agency. *Handbook of health economics*. (Eds. A. Culyer ve J. Newhouse). Amsterdam: Elsevier. pp. 461-537.
- McGuire, A., J. Henderson ve G. Mooney. (2005). *Economics of health care: an introductory text*. London: Routledge.
- Meyer, M. (2003). *Rethinking performance measurement beyond the balanced scorecard*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mollahaliloğlu, S., Ü. Hülür, N. Yardım, H. Özbay, C. Çaylan, N. Ünüvar ve S. Aydın (2007). *Türkiye’de sağlığa bakış 2007*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Mollahaliloğlu, S., Ü. Hülür, M. Kosdak ve B. Ayar.(2007). *Türkiye’de sağlık reformları süreci. Türkiye’de sağlığa bakış, 2007*. (Editörler: S. Mollahaliloğlu, Ü. Hülür, N. Yardım, H. Özbay, K. Ö. Çaylan, N. Ünivar ve S. Aydın). Ankara: Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. ss. 243-286
- Mooney, G. (2003). *Economics, medicine and health care*. Harlow: Prentice Hall.
- Mooney, G. (2009). *Challenging health economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Morden, T. (2007). *Principles of Strategic Management*. Hampshire: Ashgate Publishing.
- Mott, G. (2005). *Accounting for non-accountants*. London: Kogan Page.

- Moullin, M. (2002) *Delivering excellence in health and social care*. Buckingham: Open University Press.
- Moullin, M. (2005a), Defining performance measurement: the debate continues. *Perspectives on Performance*, 4(1).p. 13.
- Moullin, M. (2005b), Defining PM – should the definition include stakeholders? *Perspectives on Performance*, 4(3), 17.
- Murry, J. ve J. Hammons (1995). Delphi: a versatile methodology for conducting qualitative research. *A Review of Higher Education*, 18(4), 423-436.
- Nair, M. (2004). *Essentials of balanced scorecard*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Neely, A. (2005). The evolution of performance measurement research. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(12), 1264-1277.
- Neely, A. M Gregory ve K. Platts (1995). Performance measurement system design: *International Journal of Operations & Production Management*, 14(4), 80-114.
- Neely, A., C. Adams ve M. Kennerly (2002). *The performance prism*. London: Prentice –Hall.
- Neely, A. M Gregory ve K. Platts (2005). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(12), 1228-1263.
- Niven, P. (2006). *Balanced scorecard step-by-step*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Normand, S., B. McNeil, L. Peterson ve H. Palmer (1998). Eliciting expert opinion using the Delphi technique: identifying performance indicators for cardiovascular disease. *International Journal for Quality in Health Care*. 10(3), 247-260.
- Norreklit, H. (2003). The balanced scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the balanced scorecard. *Accounting Organizations & Society*, 28, 591-619.
- Odabaşı, Y. (2008). *Sağlık hizmetleri pazarlaması*. (Ed. N. Timur). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- OECD – Dünya Bankası (2008). *OECD sağlık sistemi incelemesi: Türkiye*.

- Okoli, C. ve S. Pawlowski (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information and Management*, 42, 15-29.
- Olve, N., C. Petri, J. Roy ve S. Roy (2003). *Making scorecards actionable: balancing strategy and control*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Parker, C. (2000). Performance measurement. *Work Study*. 49(2), 63-66.
- Parmenter, D. (2007). *Key performance indicators: developing, implementing and using winning KPI's*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Perloff, J. (2012). *Microeconomic*. Boston: Pearson.
- Pointer, D. D. ve Stillman, D. M. (2004). *Essentials of health care organization finance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Porter, M. ve E. Tiesberg (2006). *Redifining healthcare*. Boston: Harward Business Press.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*. 41(4), 376-382.
- Pratt, D. (2005). A comment on the debate between Max Moullin and Fabrizio Bocci. *Perspectives on Performance*, 4(2), 12-13.
- Pun, K. ve A. White (2005). A performance measurement paradigm for integrating strategy formulation: a review of systems and frameworks. *International Journal of Management Reviews*, 7(1), 49-71.
- Puu, T. (2006). *Arts, sciences and economics*. Berlin: Springer.
- Rabbani, F., M. S. Jafri, F. Abbas, M. Shah, S. Azam ve B. Shakh (2010). Designing a balanced scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan: a modified Delphi group exercise. *International Journal of Health Planning and Management*. 25(1), 74-90.
- Rainey, G. H. (2009). *Understanding and managing public organization*. San Francisco: Jossey Bass.
- Rainey, D. (2010). *Enterprise-wide strategic management*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Rayens, M. ve E. Hahn (2000). Building consensus using the policy Delphi method. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 1(4), 308-315.
- Riggs, H. E. (2007). *Understanding the financial score*. San Rafael: Morgan & Claypool.
- Risse, G. (1999). *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*. Oxford: Oxford University Press.
- Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman ve M. Reich. (2004). *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Robinson, S. (2006). Financing healthcare: funding systems and healthcare costs. *Healthcare management* (Eds. K. Walshe, ve J. Smith). Berkshire: Open University Press.
- Rowe, G. ve G. Wright (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International Journal of Forecasting*, 15, 353-375.
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). *Stratejik plan 2010-2014*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. Yayın no: 788.
- Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. Yayın no:814.
- Sağlık Bakanlığı. (2011b). *Sağlık istatistikleri yılı 2010*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. Yayın no:932.
- Santerre, R. ve P. Neun. (2010). *Health economics: theory, insights and industry studies*. Mason: South Western Cengage Learning.
- Saracci, R. (1997). The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *British Medical Journal*. 314, 1409
- Savage, G., H. Fierman, L. von der Reis, A. Myers ve D. Moxley (2011). International healthcare: A twelve country comparison. *Health care administration* (Ed. L. Wolper). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Sayım, F. (2009). Sağlık hizmetleri ve sağlık sektörünün piyasa yapısı. *Sağlık işletmeleri yönetim rehberi* (Editörler: A. Coşkun ve A. Akın). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Seçim, Hikmet, <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm> (Erişimtarihi: 20.01.2012).
- Schull, M., A. Guttman, C. Leaver, M. Vermeulen, C. Hatcher, B. Rowe, M. Zwarenstein ve G. Anderson (2011). Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 13(5), 300-309.
- Schulte, M. F. (2009). *Healthcare delivery in the USA*. New York: Productivity Press.
- Skulmoski, G., F. Hartman ve J. Krahn (2007). The Delphi method for graduate research. *Journal of Information Technology Education*, 6.
- Slack, N. ve N. Lewis (2008). *Operations strategy*. Essex: Pearson.
- Slack N., S. Chambers, R. Johnston ve A. Betts (2006). *Operations and process management*. Essex: Pearson.
- Slack, N., S. Chambers ve R. Johnston (2010) *Operations management*. Essex: Pearson.
- Smith, M. (2005). *Performance measurement and management: a strategic approach to management accounting*. London: Sage.
- Smith, P., R. Mossialos ve I. Papanicolas (2008). *Performance measurement for health system improvement*. Copenhagen: World Health Organization.
- Smith, R. (2008). The end of disease and the beginning of health. *British Medical Journal Blogs*. <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>, Erişim tarihi:
- Speckbacher, G., J. Bichof ve T. Pfeiffer (2003). A descriptive analysis on the implementation of Balanced Scorecards in German speaking countries. *Management Accounting Research*, 14, 361-387.
- Starfield, B. (2009). Primary care: *Encyclopedia of health services research* (Ed: R. Mullner). Thousand Oaks: Sage, 953-958.
- Stenzel, C. ve J. Stenzel (2003). *From cost to performance management: a blueprint for organizational development*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Streveler, R., B. Olds, R. Miller ve M. Nelson (2003). Using a Delphi study to identify the most difficult concepts for students to master in Thermal and Transport

- sciences. *American Society for Engineering Education Annual Conference & Exposition'* dasunulmuşbildiri.
- Sun, H., M. Liu ve S. Hou (2011). Quality indicators for acute myocardial infarction care in China. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 365-374.
- Swayne, L., J. Duncan ve P. Ginter. (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Oxford: Blackwell.
- Taticchi, P. ve K. Balachandran (2008). Forward performance measurement and management integrated frameworks. *International Journal of Accounting Information Management*, 16(2), 104-154.
- Temizel, F., F. Bayram, ve S. Yılmaz. (2009). Financial structures of media corporations in light of the global financial crisis: The case of Hürriyet and New York Times. *7th International Symposium, Communication in the Millennium*. (Yayına hazırlayan: Yüksel, E.) Austin: University of Texas at Austin, ss.148-161.
- Tengilimoğlu, D., O. Işık ve M. Akbolat. (2009). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Thangaratinam, S. ve C. Redman (2005).The Delphi technique. *The Obstetrician &Gynaecologist*, 7(2), 120-125.
- Thomas, H. (2007). Business school strategy and the metrics for success. *Journal of Management Development*, 26(1), 33-42.
- To, T., A. Guttman, D. Loughheed, A. Gershon, S. Dell, M. Stanbrook, C. Wang, S. McLimont, J. Ristovska, E. Crgightonve D. Fisman (2010) Evidence-based performance indicators of primary care for asthma: a modified RAND appropriateness method. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 476-485.
- Toraman, C., S. Yılmaz ve F. Bayramoğlu (2006). Estate accounting as a public policy tool and its application in the Ottoman Empire in the 17th century. *De Computis Spanish Journal of Accounting History*, 119-136.

- Toraman, C., B. Tunçsiper ve S. Yılmaz (2008). Cash Awqaf in the Ottomans as philanthropic foundations and their accounting practices. *The 5th Accounting History International Conference*, (9-11 Augustos 2007.Banff, Alberta Canada)'da sunulmuş bildiri.
- Tulchinsky, T. ve E. Veravikova. (2009). *The new public health*. London: Elsevier.
- Thompson, L. J. (2001). *Strategic management*. London: Thomson Learning.
- U.S. Department of Commerce (1998). *Guide to a Balanced Scorecard: Performance management methodology: moving from performance measurement to performance management*. (<http://energy.gov/sites/prod/files/maprod/documents/BalancedScorecardPerfAndMeth.pdf>)
- van Veen-Dirks, P. ve M. Wijn (2002) Strategic control: meshing critical success factors with the balanced scorecard. *Long Range Planning*, 35, 407-427.
- Verweire, K. ve Van den Berghe, L. (2004). Integrated performance management: New hype or new paradigm? *Integrated performance management: A guide to strategy implementation* (Ed: K. Verweire, ve L. Van den Berghe). London: Sage.
- Walburg, J. (2006a) The learning organization in the health care sector. *Performance management in health care* (Eds. J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin ve G. Lemmens) Oxon: Routledge.
- Walker, G. ve J. MacDonald (2001). Designing and implementing an HR scorecard. *Human Resource Management*, 40(4), 365-377.
- Walsh, C. (2003). *Key management ratios*. London: Prentice Hall.
- Wanless, D. (2009). Securing our future: taking a long term view. *A reader in health policy and management*. (Eds. A. Mahon, K. Walshe ve N. Chambers). Berkshire: Open University Press.
- Webb, J. (2003). *Putting management back into performance management*. Crows Nest: Allen & Unwin
- Webster, W. H. (2004). *Accounting for managers*. New York: McGraw Hill.
- Wheelen, T. ve D. Hunger (2012). *Strategic management and business policy*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

- White, C. (2004). *Strategic management*. New York: Palgarve Macmillan.
- White, K. ve J. Griffith (2010). *The well managed healthcare organization*. Chicago: Health Administration Press.
- Witcher, B. ve V. Chau (2007). Balanced scorecard and Hoshin Kanri: dynamic capabilities for managing strategic fit. *Management Decision*. 45(3), 518-538.
- Wonderling, D., R. Gruen ve N. Black. (2005). *Introduction to health economics*. Berkshire: Open University Press.
- Yeniyurt, S. (2003) A literature review and integrative performance measurement framework for multinational companies. *Marketing Intelligence and Planning*, 21(3), 134-142.
- Yıldırım, H. ve T. Yıldırım (2011). *Avrupa birliği sağlık politikaları ve Türkiye*. Ankara: İmaj Yayın Evi.
- Zaim, S. (2002). Hedeflerle yönetim, balanced scorecard ve stratejik kalite yönetimi. *Akademik Araştırmalar Dergisi*. 3(12), 189-201.
- Zelman, W. N., McCue, M. J., Millikan, A.R. ve Glick N. D. (2003). *Financial management of health care organizations*. Malden: Blackwell Publishing.
- Zweifel, P., B. Friedrich ve M. Kifmann. (2009). *Health economics*. London: Springer.
- Zweifel P. ve W. Manning (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. *Handbook of health economics*. (Eds. A. Culyer, ve J. Newhouse). Amsterdam: Elsevier, 410-455.