

Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi

PATH Method in the Measurement of Hospital Performance

Dilaver TENGİLİMOĞLU

Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
dilaver.tengilimoglu@gmail.com

Şükrü Anıl TOYGAR

Arş. Gör., Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
aniltoygara@gazi.edu.tr

Ocak 2013, Cilt 3, Sayı 1, Sayfa 50-78
January 2013, Volume 3, Number 1, Page 50-78

P-ISSN: 2146 - 4839

2013/1

sgd.sgk.gov.tr

e-posta: sgd@sgk.gov.tr

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area.

Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security

Cilt : 3 - Sayı - 1 - Yıl : 2013 / *Volume : 3 - Number : 1 - Year : 2013*

Sahibi / Owner of the Journal
Sosyal Güvenlik Kurumu Adına
Fatih ACAR (Kurum Başkanı / *President of the Institution*)

Genel Yayın Yönetmeni / Publication Manager
İlhan İŞMAN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Desk Editör
Mahmut ERDEMİR

Editör / Editor in Chief
Selda DEMİR

Editör Yardımcıları / Co-Editors
Asuman KAÇAR
Dr. Erdem CAM

Yayın Türü: Ulusal Süreli Yayın / *Type of Publication Periodical*
Yayın Aralığı: 6 aylık / *Frequency of Publication: Twice a Year*
Dili: Türkçe ve İngilizce / *Language: Turkish and English*

Tasarım / Design: Aren Reklam ve Tanıtım / Ankara 0.312 430 70 81 • www.arentanitim.com.tr
Basım Yeri / Printed by: EPA-MAT Matbaacılık / Ankara
Basım Tarihi / Press Date: 08.02.2013
ISSN: 2146-4839

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD)
Index Copernicus International ve Asos Index tarafından indekslenmektedir.

SGD sosyal güvenlik dergisi. -- Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013-.
c. : tbl., şkl. ; 24 cm.
ISSN: 2146-4839

Sosyal güvenlik -- Dergiler - Türkiye
Sosyal Güvenlik-- -- Hukuk ve mevzuat -- -- Türkiye
362.05

SGD Sosyal Güvenlik Dergisi

Tüm hakları saklıdır. Bu Dergi'nin tamamı ya da Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı 5846 sayılı Yasa'nın hükümlerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz.

İletişim Bilgileri / Contact Information

Ziyabey Caddesi No:6 Balgat / Ankara / TURKEY
Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70
Fax: +90 207 78 19
Erişim: sgd.sgk.gov.tr
e-mail: sgd@sgk.gov.tr

YAYIN KURULU / EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. Nizamettin AKTAY
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Şerife Türcan ÖZŞUCA
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Doç. Dr. Şenay GÖKBAYRAK
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Süleyman Hayri BOLAY
Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Cem KILIÇ
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŞ
Bangor University – UK

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton – CA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah – USA

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary – CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia – CA

Professor Özay MEHMET
University of Carleton – CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University – USA

ULUSAL DANIŞMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Savaş TAŞKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Şükran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Üniversitesi İ.İ.B.F.

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Aziz Can TUNCA
Bahçeşehir Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
Yeditepe Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. M. Fatih UŞAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Zakir AVŞAR
Gazi Üniversitesi
İletişim Fakültesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üni.
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Süleyman BAŞTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ali SEYYAR
Sakarya Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Nurşen CANIKLIOĞLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Alpay HEKİMLER
Namık Kemal Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR
Marmara Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Zarife ŞENOCAK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Aşkın KESER
Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Hediye ERGİN
Marmara Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi

PATH Method in the Measurement of Hospital Performance

Dilaver TENGİLİMOĞLU*

Şükrü Anıl TOYGAR**

ÖZET

Günümüzde sağlık sektörü kamu harcamalarında en büyük payı alan sektörlerden birisidir. Bu nedenle gerek sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların tahsisinde, gerekse sunulan hizmetin kalitesi hakkında karar alıcılara önemli bir gösterge olması nedeniyle performans değerlendirmesi büyük önem arz etmektedir. Hastanelerde kurumsal performansın ölçülmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2003 yılında kamuoyuna duyurulan ve Avrupa bölgesinde kullanımı giderek yaygınlaşmaya başlanan PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals-Hastanelerde Kalite Geliştirme Amacıyla Performans Değerlendirme Aracı) Projesi incelenmiştir. PATH, hastanelerde performansa ilişkin veri toplama ve kalite geliştirilmesi için bir iç araç olarak tasarlanmıştır. “Çekirdek” ve “Uyumlaştırılmış” olmak üzere iki gösterge setine sahip olan PATH Projesine katılım gönüllü olmakla birlikte, şu anda Avrupa bölgesinde 13 ülkede 150’den fazla hastane bu projede yer almaktadır. Türkiye, PATH Projesine Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda 2009 yılında ülkenin tüm bölgelerinden kamu, özel ve üniversite hastanelerinin oluşturduğu 14 pilot hastane ile dahil olmuştur. Şu anda PATH Projesini uygulayan hastane sayısı 11’dir.

Anahtar Kelimeler: PATH, hastane, performans, verimlilik, kalite

ABSTRACT

The health sector, today, is one of those sectors that get the highest share from public expenses. Therefore, performance evaluation is of utmost importance as it is an important indicator for the decision-makers both about the quality of the service offered and about the amount of resources to be allocated for health services. There are many different methods in order to measure the organizational performance of hospitals. This study examines the Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) which was announced to the public in 2003 by the European Regional Office of the World Health Organization. The PATH has been designed as an internal tool in order to collect data about performance in hospitals and to develop the quality assurance. The participation to the PATH Project is based on volunteering and it has two indicator sets; “Core” and “Adapted”. Currently, over 150 hospitals in 13 countries in the European territory have participated in this project. Turkey participated into the PATH Project with 14 pilot hospitals all around the country - including state-run, private and university hospitals- in 2009 under the coordination of the Ministry of Health. Currently, there are 11 hospitals that has been implementing the PATH Project.

Keywords: PATH, hospital, performance, productivity, quality

* Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
dilaver.tengilimoglu@gmail.com

** Arş. Gör., Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
aniltoygar@gazi.edu.tr

GİRİŞ

Bir sistemin ne kadar iyi olduğunun ölçümü, örgütsel araştırmacılardan sistem yöneticilerine kadar geniş yelpazede insanların ilgisini çeken bir konudur (Connolly ve Deutsch, 1980:35). Avrupa ve dünya çapında, hastane performans değerlendirmesi ortak bir konu haline gelmektedir. Kamu sektörünün yanı sıra, sivil toplum kuruluşlarının ve özel sektörün hastane performans değerlendirmesinde kullanılan geniş bir strateji yelpazesi vardır (Groene vd., 2008a:155).

Bu çalışmada performans ve performans değerlendirme kavramları ve yöntemleri genel olarak ele alındıktan sonra hastanelerde uygulanan performans değerlendirme yöntemlerinden bahsedilecek ve bu yöntemlerden birisi olan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından geliştirilen PATH (Performans Assessment Framework For The Hospitals) yönteminin gelişim ve uygulanma süreci ayrıntılı olarak incelenecektir. PATH uygulamasının diğer uluslararası hastane performans değerlendirme projeleriyle karşılaştırılması yapıldıktan sonra son bölümde ise ülkemizde PATH kapsamında yapılan çalışmalar ve geline son durum irdelenecektir.

I- PERFORMANS VE PERFORMANS DEĞERLENDİRME KAVRAMLARI

A- Performans Nedir?

Performans kavramının sanattan spora, tıptan sosyal bilimlere kadar çok farklı disiplinlerde birbirinden farklılaşan tanımlarına rastlamak mümkündür. Farklı disiplinlerde birbirinden farklılaşan tanımlamaların yanında aynı disiplin içerisinde de birbirinden farklı performans tanımlamalarına rastlanılmaktadır. Tanımlama probleminin bir parçasında birçok kişinin bir sistemin performansı hakkında yorum yapmak için kendisini yeterli görmesi ve her birinin farklı boyutlarda sistem performansını değerlendirmesinin olduğu söylenebilir (Connolly ve Deutsch, 1980:40).

Performans, bir işi yapan bir bireyin, bir grubun ya da bir örgütün, o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak neye ulaşabildiğini, neyi sağlayabildiğini nitel ve nicel olarak belirten bir kavramdır (Benligiray, 2004:141). Kısaca 'bir işin yerine getiriliş düzeyi' (Ateş, 2007:2) ya da 'bir işin, hiz-

metin ya da malın yerine getirilmesi' (Çevik, 2007:25) olarak ifade edilebilir. Genel anlamda ise amaçlı ya da planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Tengilimoğlu vd., 2012:384). Bununla birlikte üstün performansın ise başarı ile eş anlamlı olduğu ifade edilmektedir (Bingöl, 2006:321).

B- Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme alanı, kontrol faaliyetlerinde kritik bir bağlantı noktasını temsil eder (Ferreira ve Otley, 2009:272). Performans değerlendirme işgören, grup, birimsel, kurumsal ve hatta sistem bazında da değerlendirilmektedir.

İşgören performans değerlemesi, kurumda görevi ne olursa olsun bireylerin çalışmalarının, etkinliklerinin, eksikliklerinin, yeterliliklerinin, fazlalıklarının, yetersizliklerinin bir bütün olarak tüm yönleriyle gözden geçirilmesidir (Tengilimoğlu vd., 2012: 384). Bununla birlikte farklı performans ölçüleri, sistem performansının farklı boyutlarını ele almada kullanılabilir, bu nedenle performans değerlendirme ölçülerinin tek boyutlu yerine çok boyutlu ölçüler olduğu ifade edilebilir (Collony ve Deusch, 1980: 40).

Kurumsal performans ölçümü, kurumun önceden belirlenen stratejik amaçları ve hedefleri doğrultusunda ne kadar ilerleme gösterdiğinin, kurumun güçlü ve zayıf yönlerinin ve kurumun gelecekteki önceliklerinin belirlenmesine yardımcı olan bir araç olarak ifade edilebilir (Yenice, 2006:57-58).

Sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi ise, bir sağlık sisteminin temel hedeflerini ne ölçüde karşıladığının belirlenmesi ile mümkündür. Bu hedefler farklı tarihsel izleri, politik, mali ve örgütsel önceliklerini ve çıkar gruplarının gücünü yansıtmaktadır (Papanicolas vd., 2008:1). Bununla birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler sağlık sistemi performansını ölçerken farklı göstergeleri kullanmaktadır ve analiz birimlerinin (kurum, bölge, ülke) durumuna göre farklı göstergeler geliştirmektedirler (Kruk ve Freedman, 2008:265).

Sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi hedeflerini belirlemekle başlanmaktadır. Sağlık sistemi performans göstergeleri nihai amaçlarından ve ölçüm konularından bağımsız olarak değerlendirilememektedir.

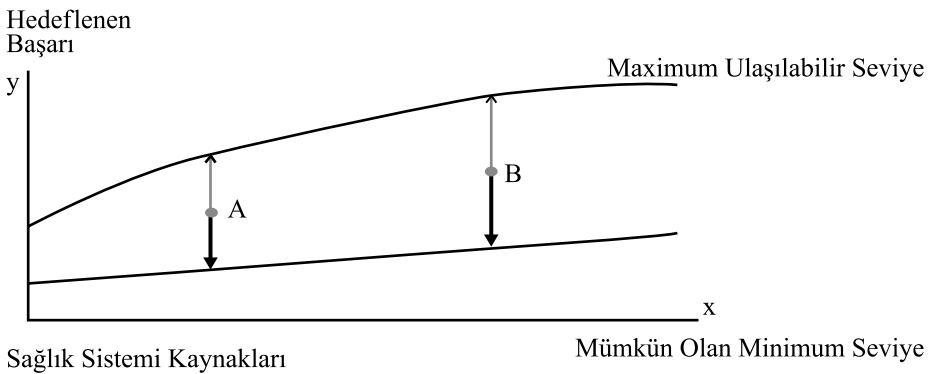
Tablo 1. Sağlık Performans Ölçümünün Boyutları

| Ölçüm Alanı | Ölçümün Açıklanması | Gösterge Örnekleri |
|----------------------------------|--|--|
| Sağlık Nüfusu | Nüfusun sağlığı üzerine toplanan verilerin ölçümü | -Yaşam beklentisi -Sağlıklı yaşam beklentisi -Kaybedilen yaşam yılları -Önlenebilir ölüm -Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY) |
| Bireysel Sağlık Çıktıları | Bireylerin sağlık durumunun ölçülmesi, tüm nüfus ya da gruplar arasındaki ölçümlere nazaran görece olabilir. Bir takım göstergeler de bazı sağlık durumlarının sıralanmasında yarar sağlayabilir. | Genel Ölçümler -Kısa Form 36 (SF- 36) -EQSD Hastalığa Özel Ölçümler -Artrit Etkisi Ölçeği -Parkinson Hastalığı Anketi (PD- 39) |
| Klinik Kalite ve Bakım Uygunluğu | Hizmetlerin ve hasta bakımının ölçümü arzulan çıktıları elde edilmesi için yapılmaktadır. | Çıktı Ölçümü -Sağlık durumu -Belirli post-operatif ölüm oranları Süreç Ölçümü -Kan basıncı ölçüm sıklığı |
| Sağlık Sisteminin Duyarlılığı | Tedavi gören bireylerin ve sağlık sisteminde tedavi görenlerin oluşturduğu çevrenin ölçülmesi Hasta onuru, özerkliği, gizliliği, iletişim, dikkat, sosyal destek, temel olanakların kalitesi | -Hasta deneyimi ölçümleri -Hasta memnuniyet ölçümleri -Geniş ölçekli çalışmalardan göstergeler |
| Eşitlik | Sağlıkta eşitlik, sağlık bakım hizmetine erişim, cevap verebilirlik ve finansman kapsamının ölçümü | -Kullanım ölçümleri -Erişim oranları -Kullanım-ihtiyaç oranları -Harcama eşikleri |
| Verimlilik | Sağlık sisteminin, sağlık kurumlarının, bireysel uygulayıcıların verimliliğinin ölçülmesi | -Çalışan verimliliği -Maliyet etkililik ölçümleri (Örn: Tedavi ve müdahaleler için) -Teknik etkililik (Girdi/çıktı ölçümü) - Tahsis etkililiği (Maliyet fayda analizleriyle sağlığın geliştirilmesinin farklı yollarının karşılaştırılması) |

Sistemin işlevselliğini değerlendirmek ve gözlemek ile sağlık sistemleri finansmanı, organizasyonu ve politikaları konusunda bilgi edinmek için hükümetler gereçlere ihtiyaç duymaktadırlar. Performans göstergeleri ayrıca sağlık alanında gelişmeleri resmi olarak belgelemek isteyen ülkeler ve sağlık sisteminin geliştirilmesi ve reformuna ilişkin kanıt toplayan araştırmacılar için önemli olarak değerlendirilmektedir (Kruk ve Freedman, 2008:265). Sağlık sistemlerinde kullanılan çeşitli performans göstergeleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi amacıyla ilgili olarak performans kavramı Şekil 1’de gösterilmiştir. Y eksenini başarı, X eksenini ise sağlık sistemine ayrılan kaynakları göstermektedir. Üst sınır, A ve B nüfusları için her sağlık harcaması düzeyinde maksimum ulaşılabilir sağlık seviyesini göstermektedir. Şekilde de görülebileceği gibi performans, sağlık harcamalarının düzeyiyle ilişkilidir (Murray ve Frenk, 2012). Örneğin B bölgesi A bölgesine göre daha fazla kaynak kullanmasına rağmen yaklaşık aynı performans düzeyine sahiptir. Bunu ABD’nin sağlık harcamalarının Finlandiya’ya göre fazla olmasına rağmen sağlık sisteminin başarısı açısından iki ülkenin doğru orantılı bir performans göstermesiyle örneklendirebiliriz.

Şekil 1. Performans



Kaynak: <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>

Ulusal düzeyde; İrlanda, Danimarka, Birleşik Krallık ve Almanya gibi ülkeler, performans geliştirme ve değerlendirme sistemleri geliştirmişlerdir. 1997 yılında Avrupa Konseyi tarafından, sağlık bakanları düzeyinde çalışma yapılmış, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme sistemleri ile ilgili geliştirme ve uygulamaya yönelik genel önerilerde bulunulmuştur. Hizmetlerin etkin ve verimli sunulması ve uygulamalar konusunda yapılan bu çalışmalar, 1999 yılında Avrupa Komisyonu tarafından yayınlanmıştır.

II- HASTANELERDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME KAVRAMI

Bir süreç olarak yaklaşıldığında performans yönetimi, önceden belirlenmiş olan performans göstergeleri kullanılarak gerçekleştirilen ölçümler sonucunda kurumsal amaç ve hedeflere ulaşma derecesinin tespit edilmesi, bununla birlikte personel başarısının ortaya çıkarılması ve elde edilen performans sonuçlarının değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır (Köseoğlu, 2007:44).

Hastane performansı, *linik ya da idari açıdan belirlenmiş hedefleri başarmak* olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin amacı daha iyi bir sağlıktır. Hedefler geleneksel hastane fonksiyonları ile ilgili olabilir ki bunlar; tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyonun yanı sıra eğitim ve araştırmadır.

“Performans” sağlık politikasının temel hedeflerine göre değerlendirilmektedir. Bu temel hedefler: Sağlık sonuçlarının ve kullanıcılara ulaştırılabilmesinin en üst düzeye çıkarılması, bu sonuçların elde edilmesine bağlı olarak maliyetlerin en aza indirilmesi ve üçüncü olarak da hem beklenmeyen katstrofik tıbbi hizmet maliyetlerine karşı mali koruma hem de sağlık hizmetlerine erişim konusunda hakkaniyet sağlanması olarak sıralanabilir (OECD, 2008:50).

Küresel düzeyde, 192 Birleşmiş Milletler üyesi ülkeye ait sağlık sistemi performans ölçüm bulguları, 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü dünya sağlık raporunda özetlenmiştir. Bu belge *sağlık sistemlerini geliştirmek ve değerlendirmek için dört temel fonksiyonu* ortaya koyan çerçeve çizmektedir (WHO, 2003):

- * *Finansman*
- * *Kaynakların temini*
- * *Hizmet sağlama*
- * *Denetim*

Donabedian, sağlık hizmetleri kalitesini değerlendirecek kişilerin bunu nasıl yapacaklarına ilişkin soruyu, üç temel ölçüm sınıflandırmasını kullanarak cevaplandırmıştı: Yapı, süreç ve çıktı ölçümü. Donabedian, klinik bakımın psikososyal ve teknik boyutlarının değerlendirilmesini tercih etmesine rağmen, aynı kategorilerin klinik olmayan performansında değerlendirilmesinde yararlı olduğunu düşünmektedir (Flood vd., 2000:365). Her gösterge sınıfının finansal yönetim, klinik bakım ve insan kaynakları yönetimi alanları için örnekleri Tablo 2’de sunulmuştur. Genel olarak performans ölçümü üç düzeyde yapılmaktadır. Performans sisteminde amaç sağlık sisteminin kalitesinin geliştirilmesidir. Performans kalite geliştirmede bir araç olarak kullanılmaktadır.

Tablo 2. Performans Ölçümü Sınıflandırması Örneği

| Faaliyet Alanı | | | |
|----------------|--|--|--|
| | Klinik Bakım | Finansal Yönetim | İKY |
| Yapı | Etkililik -Sertifikalı hekim yüzdesi -JHAHO akreditasyonu -Dolu pozisyon sayısı -Kalite Geliştirme ve Planlama Komitesinin varlığı | Etkililik -Finans bölümündeki yöneticilerin nitelikleri -Ön kabul kriterinin kullanımı -Klinik ve mali bilgi sistemi entegrasyonunun varlığı | Etkililik -Kayıtlı hemşire ve diğer sağlık personelinin tercih edilme yetenekleri -Aktif olarak çalışan hekimlerin sayısal büyüklüğü -Ücret ve kârın rakiplerle karşılaştırılması -Hizmet içi eğitimin kalitesi |
| Süreç | Etkililik -İlaç hatalarının oranı -Nozokomiyal enfeksiyon oranı -Cerrahi sonrası yara enfeksiyon oranı -Çıkarılan normal doku oranı | Etkililik -Alacak hesaplarındaki günler -Kodeks ve jenerik ilaçların kullanımı -Pazar paylaşımı -Pazar payı -Hizmet anlaşmalarının büyüklüğü | Etkililik -Şikayet -Promosyonlar -Örgütsel iklim |

| | | | |
|--------------|--|---|---|
| Süreç | <p>Verimlilik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Toplam hasta gün sayısının tam gün çalışan hemşire sayısına oranı -Toplam hasta girişinin tam gün çalışan personel sayısına oranı -Hekim muayenelerinin tam gün çalışan hekimlere oranı <p>Etkinlik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hasta başına ortalama maliyet -Hasta girişi başına ortalama maliyet | <p>Verimlilik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tahsilatın tam zamanlı çalışan finans personeline oranı -Toplam kabullerin tam zamanlı çalışan finans personeline oranı -Yeni sermayenin kaynak geliştirme personeline oranı <p>Etkinlik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tahsilat başına maliyet -Borç/özsermaye oranı | <p>Verimlilik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personelin yöneticilere oranı <p>Etkinlik</p> <ul style="list-style-type: none"> -İşe alım maliyeti |
| Çıktı | <p>Etkililik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hastalık şiddetine uyarlanmış ölüm vakaları -Hasta memnuniyeti -Hastaların işlevsel sağlık durumları | <p>Etkililik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bilançodaki aktiflerin getirisi -Faaliyet marjları -Eğitim ve araştırma için yapılan bölgesel, federal ve yerel bursların büyüklüğü -Tahvil değerlendirmesi | <p>Etkililik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Devir hızı -İşe devamsızlık -Çalışan memnuniyeti |

Kaynak: Flood vd., 2000: 366.

Hastane performansında toplum sağlığı ve hizmetleri, sosyal durum ve istihdam fonksiyonları gibi faktörleri de kapsamı beklenebilir. Avrupa’da hastane performansı açısından bu boyutlar da analiz edilmektedir.

A- Hastane Performans Değerleme Modelleri

Değerlendirme sistemleri, yöneticilerin örgütlerdeki performans düzeylerini geliştirmek ve etkilemeleri adına yapacakları girişimler için sahip

oldukları başlıca araçlardır (Flood vd., 2000:361). Sağlık sektöründe özellikle de hastaneler göz önüne alındığında, kalite iyileştirme ve performans ölçümü için standart bir ölçüm yönteminden söz edilememektedir (Esatoğlu, 2007:358).

Hastane performans ölçümünde beş farklı yöntem vardır, burada ilk dört tanesi ele alınacaktır (WHO, 2003):

- * Düzenleyici denetimler,
- * Hasta deneyimlerine dayanan araştırmalar,
- * Bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmeler,
- * İstatistiksel göstergeler,
- * İç değerlendirmeler.

1- Denetimler

Çoğu ülkede, hastanelerin yayınlanan lisans yönetmeliklerine uyup uymadığını takip eden müfettişler vardır. Yangın, hijyen, radyasyon, tıbbi cihazlar ve ilaçlar, bazı ülkelerde enfeksiyon kontrolü ve kan transfüzyonu gibi özel fonksiyonlar denetimler kapsamındadır (WHO, 2003).

Denetimler yasal ve şeffaf standartlara sahiptir fakat kolayca güncellenemezler. Zor da olsa zamanında güncellenmeleri gerekir. Standartlar, sağlık kuruluşunun faaliyetleri ve hasta bakımı için minimum standartları içermektedir. Bunlar genellikle klinik süreçleri ve hastane performansını içermemektedir. Lisanslama denetimleri, özellikle özel sektörde ve sıklıkla sadece yeni hastaneler için uygulanmaktadır. Yeniden lisanslama işlemi yapılan yerler için, ücreti karşılığında sertifika minimal denetim veya denetim yapılmadan da verilebilmektedir.

2- Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Anket / Saha Araştırmaları

Ulusal düzeyde güvenilir anketlerle hasta ve yakınlarından elde edilen verilerle hastane performansı ölçülebilir. Hastane performansı, sağlık eğitimi, hasta merkezli, konfor, şikayet mekanizmaları ve bakımın sürekliliği gibi konulara daha çok odaklanmaktadır. Bazı hükümetler ve hükümetler arası kuruluşlar hastaların kendi hakları konusunda daha bilinçli olmaları için yollar aramaktadır. Hasta haklarının korunması ile ilgili konuları kanunlaştırarak, hastalara duyurmak arayışındadırlar. Dolayısıyla hastala-

rın sağlık hizmetleri deneyimleri ile hastaların ve ailelerinin algıladıkları sağlık hizmetleri konularında yapılan anketler değerlendirilmektedir.

Bazı ülkelerde (Fransa ve İngiltere dahil olmak üzere), çoğu akreditasyon kurumlarının programları kapsamında, hastaların algıladıkları sağlık hizmeti için sistematik değerlendirmeler yapılmaktadır. Anketler yerel bir düzeyde olabileceği gibi, ulusal düzeyde tabakalı örneklem seçilmek suretiyle uygulanabilmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığınca ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet araştırması 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada 81 ilde 34.472 hastaya anket uygulanmış ve araştırma sonucunda aile hekimliği uygulaması bulunan illerde %82,8 ve aile hekimliği uygulaması bulunmayan illerde %80,1 memnuniyet saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010:39).

Ulusal anketler, güvenilir veri elde etmek amacıyla bağımsız kuruluşlarla sözleşme yapılarak uygulanmaktadır. Yayınlanan sonuçlar, hastanelerin kendi performanslarını belirleyici olabilmektedir ya da kullanılabilir. Hastaların ve halkın önem verdikleri konuların belirlenmesi açısından yapılan bu araştırmaların avantajı olabilir. Özellikle standardize edilmiş anketler, deneyim ve memnuniyet ölçmek için uygun olabilmektedir.

İngiltere’de bütün hastanelerin her yıl kendi yerel anketlerini yaptırma- ları şart koşulmaktadır. Bu anketler ulusal performansın izlenmesi ve referans oluşturulması için standart soru setini içerir. Sonuçlar ulusal performans değerlendirilmesinde kullanılması için sağlık departmanına gönderilmektedir. Birleştirilen sonuçlar internette yayınlanmaktadır. Yayınlanan sonuçlar hastaların tercihlerini belirlemede etkili olmaktadır. Fransa, Yunanistan, Polonya, İsveç ve İngiltere gibi ülkelerdeki hastaneler arası karşılaştırmaların yerel veya bölgesel seviyede etkili olduğunu göstermiştir (WHO, 2003:7).

3- Bağımsız Kuruluşlarca Yapılan Değerlendirmeler

Bağımsız kurumlarca yapılan değerlendirmelerin başında akreditasyon kurumlarının yaptığı değerlendirmeler gelmektedir. Akreditasyon programları hastane performansını yayınlanmış organizasyonel (ve artan bir şekilde kliniksel) süreç ve sonuçlara uygunluk açısından ölçer. Genellikle bağımsızdırlar ve düzenlemeden çok organizasyonel gelişimi hedeflerler

ama ulusal performans ölçüm sistemlerine güvenilir veri teminine katkıda bulunabilirler. Değerlendirme standartları özellikle sağlık hizmeti için geliştirilmiştir.

Hükümet programları hariç, araştırma sonuçları kamuya açık değildir. Hastanelerin değerlendirilmesinde, dahili öz değerlendirme, farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin yaptığı harici anketler ve sınırlı sayıda istatistikî göstergeler referans alınmaktadır.

Avrupa'daki ulusal programlar, Sağlık Hizmetlerinde Kalite İçin Uluslararası Birliğin (ALPHA) prensiplerine göre standart ve değerlendirme süreçlerinin gönüllü olarak birleşmesi için prensip anlaşmasına varmışlardır. ALPHA programı standartları temel alan değerlendirme sistemlerini ülke içinde ve ülkeler arasında daha güvenilir, geçerli ve uyumlu kılmayı amaçlar. Kabul edilen programların çoğu dahili ve harici değerlendirmeye tabi tutulmuştur; ancak bu değerlendirmelerin çok azı sentez yapmaya imkan veren karşılaştırmalı metotları kullanmıştır (WHO, 2003:9).

4- İstatistiksel Göstergeler

İstatistiksel göstergeler performans yönetimi, kalite geliştirilmesi ve ileri de yapılacak araştırmalar için fikir verebilir. İstatistikler mutlak mesajlardan çok göreceli mesajlar verirler. Kullanılan tanımlar ve dayandıkları verilerin kalitesiyle orantılı olarak dikkatlice yorumlanmalıdırlar. Göstergeler, hastane performansını dahili veya harici olarak değerlemek için kullanılan araçlardır. Önceden belirlenmiş hedeflere uygunluğu ölçmek için tasarlanmalıdırlar, ancak uygulamada genellikle rutin biçimde sağlanacak her datayı baz alacak şekilde seçilirler (WHO, 2003:9).

Standardizasyon hastane içindeki ölçümler için gereklidir ve hastaneler arası karşılaştırmalar için önemlidir. İstatistiksel göstergeler performans ölçümünün erişilebilir, oldukça ekonomik ve potansiyel olarak standart yollarını gösterir. Ancak kullanımlarıyla ilgili birçok uyarı vardır. Hastane performansı üzerine ham verinin yorumlanması hastanenin kontrolünün dışında birçok sosyal ve ekonomik değişkene dayanır. Üstelik hastaneler harici hedefleri gerçekleştirmek için dahili veri toplama işlemini değiştirebilir ve çıktıları iyileştirmek için yüksek riskli bireylere müdahaleyi reddedebilirler. Birbirinden farklı faaliyetlerin bileşik ölçümleri, özelliği olan öğelerin katkılarının anlaşılmasını güç hale getirir.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 2003 yılında hastanelerin gönüllü oto-değerlendirme ve diğerleriyle karşılaştırma yapabilmeleri için 6 alanda performans ölçütlerini belirlemeye başlamıştır. Bu 6 performans ölçütü aşağıda verilmiştir (Veillard vd., 489):

- *Klinik etkinlik*
- *Hasta merkezli hizmet*
- *Üretimde etkinlik*
- *Güvenlik*
- *Personelin gelişimini sağlamak*
- *Hesap verebilir yönetim*

Hastane performansının değerlendirilmesine ilişkin literatürde birçok farklı yöntem bulunmaktadır. Bunlardan birisi olan ve son yıllarda özellikle sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılan ve Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilen Veri Zarflama Analizi (VZA), tüm karar alma birimlerinin üretim sınırları dahilinde, etkin olmayan birimleri referans kümelerindeki bütün diğer birimler gibi etkin yapmak için gerekli olan girdi miktarının azaltılması veya çıktı miktarının artırılması gibi kararların alınabilmesine olanak vermektedir (Beylik ve Pekcan, 2012:121).

Bir diğer hastane performansını değerlendirmede yaygın olarak kullanılan yöntem ise Balanced Score Card'dır (BSC). BSC alan yazınında dilimize "Dengeli Puan Cetveli" ya da "Kurumsal Karne" olarak çevrilmiştir. BSC yaklaşımında bir kurumun performansı değerlendirilirken dengede olması gereken finansal, müşteri, operasyonel, öğrenme ve gelişme boyutu olmak üzere dört boyut ele alınmaktadır. Bu boyutlar kısa ve uzun dönemli hedefler arasında istenen sonuçlar ve bu sonuçları doğuracak etkenler arasında katı ve objektif ölçümlerle daha ılımlı ve subjektif ölçümler arasında bir denge oluşturulmasını sağlamaktadır.

BSC yönteminin ortaya çıkışı, David Norton'un başkanlığını yaptığı Nolan Norton "Geleceğin örgütlerinde performans ölçümü" temalı bir araştırmaya dayanmaktadır. Robert Kaplan ise bu araştırmada akademik danışman olarak görev almıştır. Araştırma sonuçlarının Harvard Business Review adlı akademik dergide yayınlanması ile de BSC akademik yazına girmiştir. Sonrasında Kaplan ve Norton 1993 yılında "Balance Scorecard'ı Uygulama" ve 1996 yılında "Balace Score Card'ı Stratejik Yönetim Sis-

temi Olarak Kullanma” adlı makalelerini yayınlarak BSC’nin popüler bir stratejik yönetim aracı olmasını sağlamışlardır (Güner, 2008:250).

Groene vd. (2008b) tarafından yapılan araştırmada, hastane performansını değerlendirme amacıyla dünya genelinde gerçekleştirilen projeleri incelemiştir. Bu çalışma kapsamında kullanılan değerlendirme kriterleri ve açıklamaları Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Değerlendirme Kriterleri ve Tanımlamaları

| Kriter | Açıklama |
|---|---|
| Hastane Performans Değerlendirme Boyutları | Gösterge projesiyle ele alınan boyutların PATH projesinin 6 boyutlu çerçevesiyle karşılaştırılması: Klinik Etkililik, Verimlilik, Personel Oryantasyonu, Duyarlı Yönetim, Güvenlik, Hasta Merkezlilik |
| Bireysel ve Grup Göstergelerinin Sayısı | Göstergelerin tanımı: “Hasta çıktılarına etki eden yönetim, klinik ve destek işlevlerinin kalitesinin değerlendirme ve izlemesinde kullanılacak sayısal bir ölçüm” |
| Göstergelerin Gelişimi | Göstergelerin geliştirilmesi aşamasında bilimsel araçların kullanımı (geçerlilik, güvenilirlik, duyarlılık, belirginlik, pilot uygulama vb.) ve paydaşların katılımı (uzman kurulları, kullanıcı grupları-sağlık profesyonelleri ve hastane yönetim ekibi- ve hastalar) |
| Katılım | Zorunlu ya da isteğe bağlı |
| Katılımcıların Sayısı | Proje kapsamında katılım gösteren hastanelerin sayısı |
| Veri Toplama | Kullanılan veri türü (rutin veri, geleceğe yönelik veri, anket, kaliteli veri, geçmişe yönelik veri vb.) |
| Kamuoyunu Aydınlatma | Sonuçlar bireylerden elde edilse de tüm kamuoyunun aydınlatılması |
| Geri Bildirim Mekanizması | Projenin çekirdek bir koordinasyon grubu tarafından uygulanan iletişim araçlarının, sonuçları bireysel hastaneler ve diğer ortaklar, çalıştay ‘yapısal diyalog’ için yayması |
| Geri Bildirim Süresi | Veri toplama ve katılımcılara geri bildirim arasında geçen zaman |
| Bütçe | Projenin yıllık bütçesi |

Kaynak: Groene vd., 2008b: 164.

Tablo 4. Performans Geliştirme Projelerine Genel Bir Bakış (İçerik ve Gelişim)

| Proje Başlangıcının Tarihi ve Başladığı Ülke | Göstergelerin Boyutları | Gösterge Sayıları | Göstergelerin Gelişimi | Katılım |
|--|---|---|---|--------------------|
| Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH), Hastanelerde Kalite Geliştirme için Performans Değerlendirme Aracı, 2003 | Klinik Etkililik, Verimlilik, Personel Oryantasyonu, Duyarlı Yönetim, Güvenlik, Hasta Merkezlilik | 17 çekirdek gösterge ve 24 özel gösterge | Uzman Kurulu, Nominal Grup Tekniği, Kullanıcı Değerlendirmesi (Hastane Seviyesinde), Pilot Uygulama | İsteğe Bağlı |
| Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Avustralya Sağlık Bakım Standartları Konseyi Avustralya, 1989 | Klinik Etkililik, Güvenlik, Verimlilik | 308 gösterge ile birlikte 22 başlık | Uzman Kurulu, Kullanıcı Değerlendirmesi, Pilot Uygulama, Dış İnceleme | İsteğe Bağlı Değil |
| BQS-Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Federal Kalite Güvencesi Almanya, 2000 | Klinik Etkililik | <i>Zorunlu Program:</i> 169 gösterge ile birlikte 17 başlık. <i>İsteğe Bağlı Program:</i> 95 gösterge ile birlikte 14 başlık | Uzman Kurulu, Kullanıcı Değerlendirmesi, Pilot Uygulama, Yöntem Doğrulama | İsteğe Bağlı Değil |
| Clinical Indicators Support Team (CIST), Klinik Göstergeler Destek Ekibi İskoçya, 2000 | Klinik Etkililik | 64 gösterge ile birlikte 7 başlık | Uzman Kurulu, Kullanıcı Grubu | İsteğe Bağlı Değil |
| COMPAQH, Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitaliere (Hastane Kalite Performans Ölçümü ve İyileştirme Komisyonu) Fransa, 2003 | Klinik Etkililik, Personel Oryantasyonu, Hasta Merkezlilik | 43 gösterge ile birlikte 8 ulusal öncelik | Uzman Kurulu, Pilot Uygulama, Kullanıcı Gruplarına Delphi Tekniği | İsteğe Bağlı |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (JCAHO), Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu A.B.D., 1997 | Klinik Etkililik, Verimlilik, Güvenlik, Hasta Merkezlilik | 36 özel gösterge ile birlikte 5 başlık | Uzman Kurulları, Görüşme, Pilot Uygulama | İsteğe Bağlı Değil |
| Ontario Hospital Association (OHA), Ontario Hastane Birliği Kanada, 1997 | Verimlilik, Duyarlı Yönetim, Hasta Merkezlilik | 47 gösterge ile birlikte 4 başlık (2003) | Uzman Kurulu, Görüşme Klinik Ekibinin Katılımı | İsteğe Bağlı |
| Quality Indicator Project (QIP), Kalite Gösterge Projesi A.B.D., 1984 | Klinik Etkililik, Verimlilik, Güvenlik, Hasta Merkezlilik | 47 gösterge ile birlikte 4 başlık | Uzman Kurulu, Pilot Uygulama | İsteğe Bağlı |
| The National Indicator Project (NIP), Ulusal Gösterge Projesi Danimarka, 2000 | Klinik Etkililik, Verimlilik, | 87 gösterge ile birlikte 7 başlık | Uzman Kurulu, Görüşme (Hem hasta hem de kullanıcı grupla), Pilot Uygulama | İsteğe Bağlı Değil |
| Hollanda Hastanelerinde Performans Raporlama, Hollanda, 2003 | Klinik Etkililik, Verimlilik, Güvenlik, Hasta Merkezlilik | 39 gösterge ile birlikte 3 başlık (2004) | Uzman Kurulu, Tıp Camiası, Görüşme, Geçerlilik Testi | İsteğe Bağlı Değil |
| Birlik Çıktısı, İsviçre, 2000 | Klinik Etkililik, Verimlilik, Güvenlik, Hasta Merkezlilik, Duyarlı Yönetim | 118 gösterge ile birlikte 19 başlık | Uzman Kurulu İşbirliğiyle Tıp Camiası ve Bilimsel Kuruluşlar, Ön-test, Pilot Uygulama, Değerlendirme | Zürih, Bern, Solothurn ve Aargau'daki Hastanelerde İsteğe Bağlı Değil, Diğer Bölgelerde İsteğe Bağlı |

Kaynak: Groene vd., 2008: 165-166.

Hastane performansının değerlendirilmesi Avrupa'da sağlık bilimleri ve hastane yönetimi alanlarında yeni bir saha olarak ortaya çıkmaktadır. Hastane performansının değerlendirilmesine yönelik projeler incelendiğinde 11 ayrı proje ile karşılaşılmaktadır. Bunlardan 4'ü Avrupa dışı ülkelerde (ACHS, JCAHO, OHA ve QIP) uygulanmakta olan projelerdir. Diğer hiçbir proje PATH projesinin tüm boyutlarını kapsamamaktaydı. Bununla birlikte *Klinik Etkililik* boyutu, Kanada'da uygulanan OHA pro-

jesi hariç diğer 9 projede de yer almaktadır (Groene vd.,2008b:164). Bu kriterlere göre değerlendirilen 11 hastane performans göstergesi projesi (10 ulusal proje ve PATH) karşılaştırmalı olarak Tablo 4’de sunulmuştur.

III- PATH PROJESİ AMACI VE GELİŞİMİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında yayınladığı raporda bir sağlık sisteminin üç genel hedefini tanımlamıştır: a) Nüfus için iyi bir sağlık düzeyini yakalamak, b) Sağlık hizmetlerinin topluma duyarlı olmasını sağlamak, c) Adil ödeme sistemleri sağlamak. Hastanelerin bu amaçların gerçekleştirilmesinde merkezi bir role sahip olduğu söylenebilir (Veillard vd., 2005:487).

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 2003 yılında 52 üye devletin yararına hastane performansının değerlendirilmesi için daha esnek ve kapsamlı bir çerçeve geliştirmek adına “Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Aracı” (PATH) projesini açıkladı (Vallejo vd., 2006:328). PATH, hastanelerde performansa ilişkin veri toplama ve kalite geliştirilmesi için bir iç araç olarak tasarlanmıştır. PATH projesinin kavramsal modeli altı boyuta (klinik etkinlik, verimlilik, personel oryantasyon, duyarlı yönetim, güvenlik ve hasta odaklılık) ve 18 performans göstergesine dayanmaktadır. Model, Mayıs 2004 ve Şubat 2005 tarihleri arasında veri toplama ile başlamış ve Şubat 2004 ve Ağustos 2005 tarihleri arasında test edilmiştir. Pilot uygulamaya katılan bölge ve ülkeler uygunluk (kolaylık) esas alınarak seçilmiştir (Groene vd., 2008a:156).

PATH projesinin amacı, hastanelerinin kendi performanslarını değerlendirirken, kendi çıktılarını sorgularken ve onları iyileştirme için faaliyete dönüştürürken destek olmaktır. Bu destek, hastanelerin performans değerlendirme araçları sağlanarak ve katılımcı hastaneler arasında ağ ve destek sağlayarak elde edilmektedir (Veillard vd., 2005:488).

A- PATH Projesinin Gelişimi

PATH projesi başlangıcında literatür taraması yapılarak çerçeve ve performans boyutları oluşturulmuştur. Sonrasında literatür taramasına dayalı olarak 100 tane hastane performans göstergesi listesi hazırlanmıştır. Göstergeler, nominal grup tekniği aracılığıyla uzmanlar tarafından bir dizi kritere göre değerlendirilmiştir. Gösterge seçimi, literatür incelemesi yo-

luyla ve 20 ülkede gerçekleştirilen anketle toplanan verilere dayanmaktadır (Veillard vd., 2005:489).

PATH projesinin çerçevesi 4 basamağı içermektedir (WHO, 2007:4):

1- Motive Etmek: Hastane katılımı gönüllüdür. PATH hastaneler için tasarlanmıştır ve tüm basamaklarında aktif katılımı öngörmektedir.

2- Ölçüm: PATH çerçevesi çekirdek bir setteki 17 göstergeye dayanmaktadır. Fakat ülkeler özel bir setteki önerilen ek göstergeleri de seçebilirler.

3- Akla Uygunluk: Veriler iyileştirme için önkoşuldur. Bununla birlikte kendi içlerinde bir son olmayıp, faaliyet için bir başlangıç noktasıdır. Göstergelerin değerlendirilmesi, kurumsal performansın referans değerlerle karşılaştırılması ve performansla ilgili yerel bağlamla ilişkilendirilmesiyle her zaman yerel olarak yapılmalıdır.

4- Hareket: PATH projesinin amacı, kalite geliştirme stratejilerine destek sağlamaktır ve en nihayetinde kalite geliştirme faaliyetleri üzerinde etkisi olmalıdır.

PATH çerçevesinin gelişim süreci, literatür taraması, uluslararası uzmanlarla atölye çalışmaları ve 20 Avrupa ülkesinde yapılan araştırmaları içermektedir. Batı ve Orta Avrupa, Avustralya, Güney Afrika, Kuzey Amerika gibi 15 farklı ülkeden gelen 31 uzman, dünya genelinde gerçekleştirilen 4 çalıştayda hastane performansı alanında en değerli tecrübelerini paylaştılar. Bu uzmanlar, geçmiş döneme ait makaleler ve kendi tecrübelerinden toplanan kanıtlara dayalı bir çerçeve oluşturmuşlardır (Veillard vd., 2005:489).

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi PATH Projesi kapsamında pilot uygulamayı gerçekleştirme amacıyla ilk çalıştayını 2004 yılında İspanya'da düzenlemiştir. 6 Avrupa ülkesi (Belçika, Danimarka, Litvanya, Fransa, Polonya'nın Silesia Bölgesi, Slovakya) ve Avrupa dışından 2 ülke/bölgeden (Kanada'nın Ontorio ve Güney Afrika'nın Kwazulu Natal bölgeleri) bu ilk çalıştaya katılım olmuştur. Bu çalıştayın hedefleri şu şekilde açıklanmıştır (WHO, 2004a):

- PATH Projesinin hedeflerini ve genel bir çerçevesini katılımcı ülkelerin temsilcilerine sunmak,

- Her ülke için stratejik bir plan tasarlamak, roller, sorumluluklar ve faaliyet için öncelikler üzerinde uzlaşmak,
- Katılımcı ülke/hastanelerdeki PATH etkisini değerlendirmek amacıyla araçlar tasarlamak ve pilot uygulamalar için faaliyet planı ortaya çıkarmak,
- Veri kalite kontrol mekanizması ve veri toplama mekanizmalarının tartışılması ve ülkeler arasında göstergelerin standart tanımları konusunda uzlaşmanın sağlanması,
- Hastaneler için geliştirilen eğitim materyallerinin gözden geçirilmesi, sonuçların raporlanmasında Dengeli Pano'nun (Balanced Dash Board) uygunluğunu ve değerlendirme sonuçlarının uygulama için faaliyete nasıl dönüştürüleceğini tartışmak.

Tüm çalışma 5 hedef doğrultusunda yapılmıştır (Veillard vd., 2005:489):

- 1- DSÖ'nün hastane performansı alanındaki uygulamaları ve boyutlar arasındaki dengeleri tanımlayan kapsamlı teorik bir model geliştirmek.
- 2- Uzmanlardan oluşan bir komite tarafından ön tartışmaları yapılan sınırlı bir göstergeler listesi (100 adet) hazırlamak.
- 3- Daha önce üzerinde mutabakata varılan ve performans boyutları ve alt boyutları değerlendirilen göstergeler ile birlikte kavramsal bir model üzerinde şekillenen kapsamlı bir operasyonel model oluşturmak.
- 4- Bir bütün olarak göstergeler setinin yapısal geçerliliği ve içeriğini incelemek.
- 5- Hastaneleri veri toplama ve kendi sonuçlarını, kalite iyileştirme eyleminin değerlendirilmesi için yapılan ölçümlerden hareketle yorumlamak.

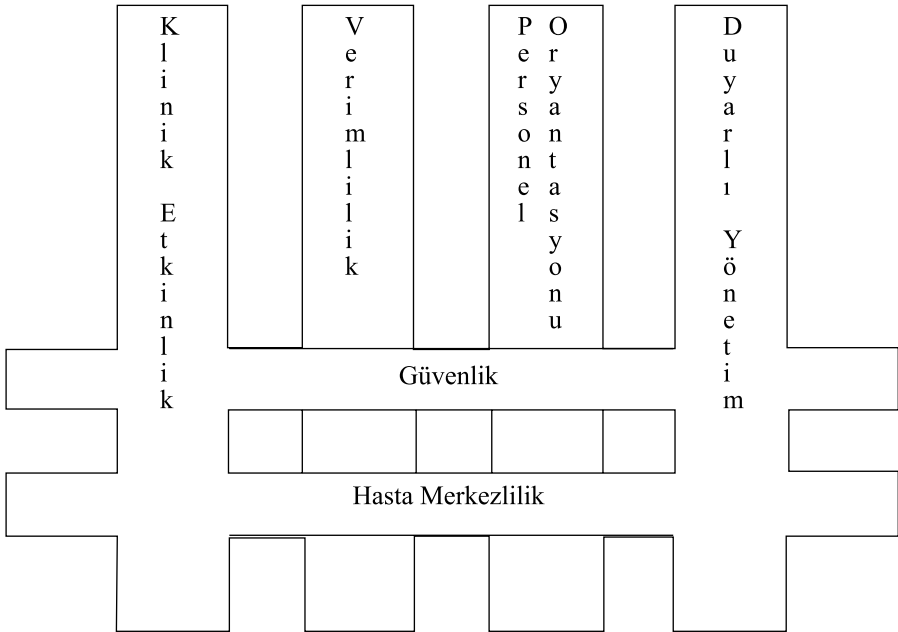
Kavramsal model, analiz ve tartışmalarla şu şekilde oluşturulmuştur (Veillard vd., 2005:489):

- 1- Hastane performansına uygun DSÖ politikaları
- 2- Sağlık sistemi performansı ve hastane performansı ile ilişkili DSÖ literatürü
- 3- Yayınlanan kavramsal performans modelleri

4- Hastane performans değerlendirme sistemleri alanındaki çeşitli uluslararası tecrübelerle dayanan yayınlanmış bilgiler. Çalıştay sırasında uzmanların elde var olan veri ve bilgilere ilişkin tartışmaları ile PATH çerçevesi esas olarak, hastane performans boyutları tanımlanmıştır.

DSÖ'nün stratejik yönelimleri PATH kavramsal modelinin birbiriyle ilişkili 6 boyutunun içerisine dahil edilmektedir. Bu boyutlar Klinik Etkililik, Güvenlik, Hasta Merkezilik, Duyarlı Yönetim, Personel Oryantasyonu ve Verimlilik. İki yatay boyut (Güvenlik ve Hasta Merkezilik) 4 dikey boyut (Klinik Etkililik, Verimlilik, Çalışanlar ve Duyarlı Yönetim) ile kesişmektedir. Örneğin güvenlik klinik etkililik (hasta güvenliği), verimlilik, çalışanlar (çalışan güvenliği), duyarlı yönetim (çevresel güvenlik) ile ilgilidir. PATH projesinin 6 boyutu Şekil 2'de sunulmuştur (Veillard vd., 2005:489).

Şekil 2. Hastane Performansı için Kavramsal PATH Modeli



Kaynak: Veillard vd., 2005: 489

Gösterge kriterleri Tablo 5'de açıklandığı gibi uzmanlar arasındaki uzlaşma yoluyla oluşturulmuştur. Özellikle 4 çalışma grubuna nominal grup

teknîği kullanılarak her bir bireysel göstergenin skorları sorulmuştur ve 1'den 10'a kadar önemi, yararı, geçerliliği, güvenilirliği, ilgisi ve veri toplama yüküne dayalı olarak sıralanmıştır.

Tablo 5. Gösterge Seçimi için Kriterler

| Aşama | Kriter | Konunun Ölçüte Göre Ele Alınışı |
|-------------------------|--|---|
| Göstergeler Seti | Yüzeysel Geçerlilik | Gösterge seti potansiyel kullanıcıları için kabul edilebilir midir? |
| | İçerik Geçerliliği | Bütün boyutları gerektiği kadar kapsamakta mıdır? |
| | Yapısal Geçerlilik | Göstergeler birbirleriyle nasıl ilişkilendirilecek? |
| Göstergeler | Önem ve İlgisi | Göstergeler kullanıcılar için önemi ve sağlık bakımı kapsamında ilgisi bağlamında işleyen yönlerini yansıtmakta mıdır? |
| | Kullanım Potansiyeli (ve suistimal) ve Uygulama için Duyarlılığı | Hastaneler, eğer bir sorun ortaya çıkarsa bu göstergelere göre hareket edebilir mi? |
| Ölçme Araçları | Güvenilirlik | Verilerin güvenilirliği (tekrarlanabilirliği) ortaya konmuş mudur? |
| | Yüzeysel Geçerlilik | Kullanıcılar ve uzmanlar arasında bu ölçünün boyut ya da boyutlarla ilgili olduğunu değerlendirmek gerektiği konusunda bir uzlaşma var mıdır? |
| | İçerik Geçerliliği | Değerlendirilmesi beklenen ölçüt performans alt boyutlar ile ilişkili midir? |
| | Bağlamsal Geçerlilik | Bu gösterge farklı bağlamlarda geçerli midir? |
| | Yapısal Geçerlilik | Bu gösterge, hastane performansının aynı alt boyutlarını ölçmede diğer göstergelerle ilişkili midir? |
| | Veri Toplama Yükü | Veri kolay erişilebilir ve ulaşılabilir mi? |

Aşağıdaki adımlar gerçekleştirilerek göstergeler en son halini almıştır (Veillard vd., 2005:490):

1- Mevcut ulusal/bölgesel performans değerlendirme sistemleri ve onların saha uygulamaları 100 adet olası göstergenin listesini oluşturmak için taranmıştır. Uzmanlar listeyi inceleyip sık dokuyarak ve bazı düzenlemelerin (bazı göstergeleri çıkarma, bazı göstergeler ekleme) yapılmasını önerdiler.

2- Boyutlar ve alt boyutlar düzgün bir şekilde tanımlanmamıştı ve göstergelerin bu alanlarda gerektiği gibi tanımlanması için literatür daha fazla gözden geçirilmeliydi.

3- Literatürün kapsamlı bir incelemesi yapılmıştır. Ön bir seçimi gerçekleştirilen 100 göstergenin mantıksal kullanımı için yaygınlığı, geçerliliği ve güvenilirliği, mevcut kullanım kapsamı, diğer performans göstergeleri ve potansiyel dışsal faktörlerle gösterdikleri ilişkilere bakılmıştır.

Tablo 6. Performans Boyut ve Alt Boyutlarının Tanımlanması (PATH)

| Boyut | Alt Boyutlar |
|-----------------------------|---|
| Klinik Etkililik | -Hizmet süreçlerine uyum -Bakım süreçlerinin çıktıları -Bakımın uygunluğu |
| Verimlilik | -Hizmetlerin uygunluğu -Bakımın çıktılarıyla ilişkili girdiler -Mümkün olan en iyi bakımın sağlanması için mevcut teknolojinin kullanılması |
| Çalışan Oryantasyonu | -Çalışma çevresi -Bakış açılarının ve bireysel ihtiyaçların tanınması -Sağlığı destekleyici aktiviteler ve güvenlik inisiyatifleri -Davranışsal tepkiler, sağlık statüsü |
| Duyarlı Yönetim | -Sistem/toplum bütünleşmesi -Toplum sağlığı oryantasyonu |
| Güvenlik | -Hasta güvenliği -Çalışan güvenliği -Çevre güvenliği |
| Hasta Merkezilik | -Müşteri oryantasyonu -Hastalara saygı duyma |

B- PATH Uygulama Süreci

Değerlendirme bölge/ülke düzeyinde PATH koordinatörleri ve hastane düzeyinde PATH koordinatörleri olmak üzere iki düzeyde ele alınmıştır. Bölge/ülke koordinatörleri tarafından bildirilen genel zorluk; veri toplamak için personel, uzmanlık ve zaman yetersizliği olarak belirtilmiş; ayrıca, katılımın sadece gönüllülük esasına göre olmadığı durumlarda hastanelerde rekabet öncelikleri ve yeniden yapılanmanın projeyi tehlikeye soktuğu belirtilmiştir (Groene vd., 2008a:157).

PATH projesinin uygulama sürecinde yaşanan ikinci genel sorun ise seçilen araştırma prosedürleri için ICD 10 kodları ve Sağlık Girişimleri için Kanada Sınıflandırması (CCI) kodları, göstergelerin bölgesel uyarlamalarında zamanında sağlanamaması ve yeterince standardize edilememiş olmasıdır. Göstergeler tarafından ele alınan belirli sorunların işlevselleştirilmelerinin çok belirsiz ve zor olduğu hissedilmiştir (Groene vd., 2008a:157).

DSÖ tarafından Avrupa genelinde hastane bilgi dokümantasyon sisteminde sağlanan verilerin ulaşılabilirliğindeki farklılıkların varlığı kabul edilerek “Çekirdek” ve “Uyumlaştırılmış” olmak üzere 2 ayrı gösterge seti hazırlanmıştır. Çekirdek gösterge setinde 48 gösterge içerisinden kararlaştırılan 17 gösterge bulunmaktadır. Alt boyutlarına göre sınıflandırılmış çekirdek gösterge seti Tablo 7’de verilmiştir.

Geliştirilen diğer set olan Uyumlaştırılmış Gösterge Seti 47 gösterge içerisinden seçilen toplam 24 göstergeden oluşmaktadır. Uyumlaştırılmış Gösterge Seti Tablo 8’de verilmiştir.

C- PATH Projesinde Performansın Raporlanması

Performans raporları PATH projesinin çekirdek çıktılarıdır. Bu raporlar, hastane yöneticilerine hastanelerinin performansıyla, eşdeğer hastanelerin performansını karşılaştırabilme ve hastanelerinin hangi alanlarda düşük hangi alanlarda yüksek performans gösterdiklerini tanımlamalarında onları desteklemektedir. Performans raporları her bir gösterge için hastane performansının dağılımını görmede genel bir bakış açısı kazandırmaktadır. PATH projesinde verilerin işleyişi Şekil 2’de gösterilmiştir (WHO,2007: 11).

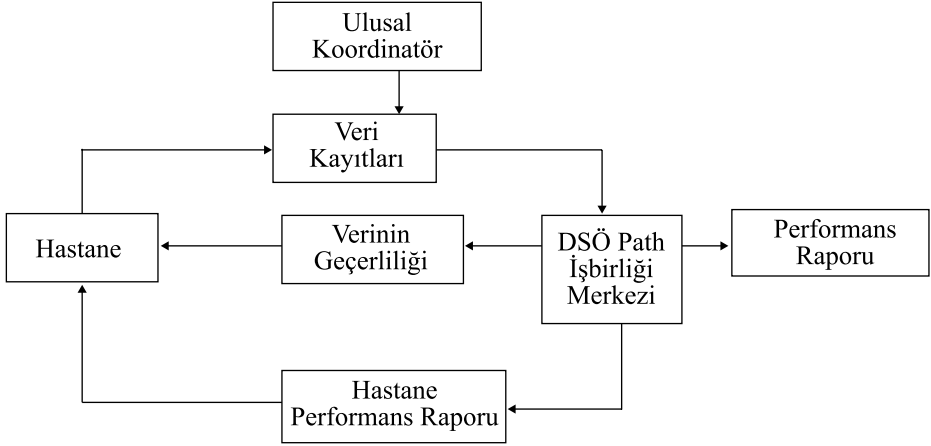
Tablo 7. PATH Projesi Çekirdek Gösterge Seti

| Klinik Etkililik ve Güvenlik | Verimlilik | Personel Oryantasyonu ve Güvenlik | Duyarlı Yönetim | Hasta Merkezlilik |
|---|--|---|---|---------------------------------------|
| <p>Ç1. Sezeryanlar</p> <p>Ç2. Koruyucu antibiyotik kullanımı</p> <p>Ç3. Ölüm oranları (akut miyokard enfarktüsü, felç, toplum kökenli pnömoni, kalça kırığı, koroner arter bypass)</p> <p>Ç4. Yeniden kabuller (akut miyokard enfarktüsü, felç, toplum kökenli pnömoni, kalça kırığı, koroner arter bypass, astım, diyabet)</p> | <p>Ç8. Kalış uzunluğu (akut miyokard enfarktüsü, felç, toplum kökenli pnömoni, kalça kırığı, koroner arter bypass, astım, diyabet)</p> <p>Ç9. Ameliyathane Kullanımı</p> | <p>Ç10. Eğitim harcamaları</p> <p>Ç11. İşe gelmeme</p> <p>Ç12. Aşırı çalışma saatleri</p> <p>Ç13. İğne yaralanmaları</p> <p>Ç14. Personelde sigara içme yaygınlığı</p> | <p>Ç15. Taburculukta emzirme</p> <p>Ç16. Sağlık bakımında dönüşüm</p> | <p>Ç17. Hasta beklentileri</p> |
| <p>Ç5. 8 izlem için gününbirlik cerrahi (katarakt, diz atroskopisi, kasık fitiği, kürtaj, lenf bezi, safra kesesi, bademcik, varis operasyonları ve gebelik önleyici amaçlı tüplerin bağlanması)</p> <p>Ç6. Günlük cerrahi sonrası giriş</p> <p>Ç7. Yoğun Bakım Ünitesine dönüş</p> | | | | |

Tablo 8. PATH Projesi Uyumlaştırılmış Gösterge Seti

| Klinik Etkililik ve Güvenlik | Verimlilik | Personel Oryantasyonu ve Güvenlik | Duyarlı Yönetim | Hasta Merkezilik |
|---|--|---|--|---|
| <p>U1. İğne zamanı</p> <p>U2. Felç sonrası bilgisayarlı tomografi taraması</p> <p>U3. Aspirin kullanımıyla taburcu olan akut miyokard enfarktüsü</p> | <p>U8. Uygunluk değerlendirme skoru</p> <p>U9. Antibiyotik/ hasta maliyetleri</p> <p>U10. Vakaya uyarlanmış kalış gün sayısı (Ç8)</p> <p>U11. Nakit akışı/Borç</p> | <p>U13. Ücretlerin zamanında ödenme % si</p> <p>U14. Personel tükenmişlik araştırmaları</p> <p>U15. Risk değerlendirmesiyle iş tanımı % si</p> <p>U16. Personel devir oranı</p> | <p>U18. Taburculuk hazırlığının denetimi</p> <p>U19. Taburculuktan sonra gönderilen mektup % si</p> <p>U20. Geriatrik hastalarda uygunluk değerlendirme protokolü skoru</p> | <p>U23. Hizmete erişimde hasta anket skoru</p> <p>U24. Bakım imkanlarında hasta anket skoru</p> |
| <p>U4. Daha gelişmiş risk ayarlamasıyla ölüm oranları (Ç3)</p> <p>U5. Daha gelişmiş risk ayarlamasıyla yeniden giriş gösterileri (Ç4)</p> <p>U6. Kırık ve felçli hastalar için basınç ülseri</p> <p>U7. Hastane enfeksiyon oranları</p> | <p>U12. Ortak hizmetlerin maliyeti/ hasta günleri</p> | <p>U17. Türüne göre işle ilgili meydana gelen yaralanmalar</p> | <p>U21. Günlük cerrahi için bekleme zamanı</p> <p>U22. Akut miyokart enfarktüs ve akut kalp yetmezliğinde yaşam tarzı danışmanlığı</p> | |

Şekil 2. PATH Veri Yönetimi



Kaynak: WHO, 2007:10

Raporlarda ölçülen hastane performansı geçmiş yıllardaki performans düzeyi veya hedef performans göstergeleri ile karşılaştırılabilir.

IV- PATH PROJESİ VE TÜRKİYE

PATH projesi şu an 13 ülkedeki 150’yi aşkın hastanede hayata geçirilmiştir. Türkiye, PATH projesinin 2009 yılı başındaki fazına Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda, gönüllü ve projede çalışmaya uygun görülen 14 özel, kamu ve üniversite hastanesiyle (İzmir Atatürk EAH, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, İstanbul Bağcılar EAH, Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, İstanbul Bakırköy Sadi Konuk EAH, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, İstanbul Fatih Sultan Mehmet EAH, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Muğla Fethiye Devlet Hastanesi, İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, İstanbul Memorial Hastanesi, Van İpekyolu Devlet Hastanesi, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi) yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Bu 14 gönüllü hastanenin yöneticileriyle 2009 yılı Haziran ayında yapılan toplantılar sonucunda Türkiye’nin projeye hangi göstergelerle dahil olacağına karar verilmiştir. Bu göstergeler (Sağlık Bakanlığı, 2012):

- Sezaryen oranı
- Kalış süresi
- Kesici delici alet yaralanmaları
- Çalışanların sigara içme düzeylerinin belirlenmesi
- Günübirlik cerrahi oranı

PATH projesi kapsamında Türkiye’de şu anda 11 hastane yer almaktadır. Proje başlangıcında yer alan hastanelerden 5 tanesi (Van İpekyolu Devlet Hastanesi, İstanbul Bakırköy Sadi Konuk EAH, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Bağcılar EAH, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi) sonrasında projeden ayrılmış, Ankara Yenimahalle Devlet Hastanesi ve Ankara Özel Güven Hastanesi projeye dahil olmuştur.

SONUÇ

Günümüz ekonomisinde sağlık, en büyük harcama kalemlerinden birisini oluşturmaktadır. Nitekim Türkiye’de 2002 yılında kamu sağlık harcaması 10 milyar TL iken 2011 yılsonu itibariyle %91 artarak yaklaşık 45 milyar TL’ye ulaşmıştır (Medimagazin Gazetesi, 2012). Sağlık hizmetinin verildiği hastanelerde sunulan hizmetin kalitesi ve performans düzeyi bu nedenle önem arz etmektedir. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından ortaya konulan PATH projesi, hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin gerek uluslararası boyutta eşgüdümlemesi gerekse hizmet kalitesinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu projede şu anda Avrupa’nın 13 ülkesindeki 150’nin üzerinde hastanede uygulanmaktadır. Henüz gelişme aşamasında olan PATH projesinin, ilerleyen yıllarla birlikte katılımın artmasıyla veri akışının şeffaflaştırılması, denetimin kolaylaştırılması ve gösterge sonuçlarının yayınlanması sonucunda gerek ulusal gerekse uluslararası boyutta rekabeti geliştirici bir etki yapacağı söylenebilir. Ülkemizde de PATH projesinde toplanan veri setinde gerek gösterge sayısının ve gerekse sisteme dahil olan hastane sayısının artırılması için çalışmaların hızlandırılması, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanımının değerlendirilmesi ve nihai amaç olan hizmet kalitesinin geliştirilmesi açısından büyük bir önem taşımaktadır.

Hastane performansları, hangi yöntem ile ölçülse ölçülsün performans değerlendirilmeden önce istenilen sonuç alınmak isteniyorsa aşağıdaki konulara dikkat edilmesinde yarar olduğu düşünülmektedir:

-Sağlıklı ve güncel veri seti oluşturulmalı. Bunun içinde hastaneler için tam, doğru ve dakik veri setini temin etmek için gerekli yatırım yapılmalı, verilerin politik, ticari ve finansal nedenler için manipüle edilip oynanmasının önüne geçecek önlemler alınmalıdır.

-Ulusal ve bölgesel düzeyde kalite dokümanlarında, performans ölçüm sistemleri tanımlanmalıdır. Paydaşların değerleri ve katılımı performans yönetimi ile açıkça belirtilmelidir.

-Hastalar ve geri ödeme kuruluşları performans değerlendirme sürecine belirgin biçimde dahil edilmeli, hastane performans ölçüm sistemlerinin temel değerleri, referans standartları ve hedefleri açık ve net olmalı, paydaşlarla bu konuda görüş birliği olmalıdır.

-Harici değerlemelerin standart, süreç ve sonuçları şeffaf ve kamuya açık olmalı. Hastaneler için performans verisi hak sahiplerine hangi formatta verileceği belirlenmeli. Ancak bunu yaparken de veri koruması/gizliliği nasıl sağlanılacak buna dikkatli karar verilmelidir.

-Değerlendirme kriterleri ve yöntemleri açısından kurumlar arasındaki standardizasyon performans ulusal ve uluslararası karşılaştırmaları yapabilmeye olanak sağlamalıdır.

-Hastaneler arasında güvenilir sıralamalar ve karşılaştırmalar yapmak yerine, hastane performansını geliştirmek ve yönetmek yönünde performans ölçüm sistemleri tasarlanmalıdır.

Kaynakça

Ateş, H. (2007), “Kavramlar, Tartışmalar ve Genel Çerçeve”, *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi- Türkiye Örneği*, Ed.: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz, Sabahattin Aydın, 1-20.

Benligiray, S. (2004), “Performans Değerlemesi”, *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Ed.: Ramazan Geylan, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 139-162.

Beylik, U. ve Pekcan, A. Y. (2012), “Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Etkinlik Analizleri ve Değerlendirilmesi”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3: 119-156.

Bingöl, D. (2006), *İnsan Kaynakları Yönetimi*, 6. Baskı, İstanbul: Arkan Yayınevi.

Çevik, H. H. (2007), “Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Performans Yönetimi”, *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi-*

- Türkiye Örneği*, Ed.: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz, Sabahattin Aydın, 24-40.
- Connolly, T. ve J. S. Deutsch (1980), "Performance Measurement: Some Conceptual Issues", *Evaluation and Program Planning*, 3: 35-43.
- Esatoğlu, A. E. (2007), "Hastanelerde Performans Ölçümü", *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi-Türkiye Örneği*, Ed.: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz, Sabahattin Aydın, 357-409.
- Ferreira, A. ve D. Otley (2009), "The Design and Use of Performance Management Systems: An Extended Framework For Analysis", *Management Accounting Research*, 20: 263-282.
- Flood, A. B., J. S. Zinn, S. M. Shortell, W. R. Scott (2000), "Organizational Performance: Managing for Efficiency and Effectiveness", *Health Care Management- Organization Design and Behavior*, Ed.: Stephan M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, 4th Ed., Delmar Publishing, 356-389.
- Güner, M. F. (2008), "Bir Stratejik Yönetim Modeli Olarak Balanced Scor Card", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 10, Sayı 1, 247-265.
- Groene, O., N. Klazinga, V. Kazandjian, P. Lombrail (2008a), "The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals", *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (3): 155-161.
- Groene, O., J. K. H. Skau, A. Frolich, (2008b), "An International Review of Projects on Hospital Performance Assessment", *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (3): 162-171.
- Köseoğlu, Ö. (2007), "Performans Yönetiminin Gelişimi ve Artan Önemi", *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi-Türkiye Örneği*, Ed.: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz, Sabahattin Aydın, 41-81.
- Kruk, E. M., P. L. Freedman (2008), "Assessing Health System Performance in Developing Countries: A Review of The Literature", *Journal of Health Policy*, 85: 263-276.
- Medimagazin Gazetesi (2012), <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/sgk/tr-sgkdan-doktor-eczane-ve-hastanelere-yakin-takip-2-18-42109.html> (03.04. 2012).
- Murray, J. L. C. and Frenk J. "A Who Framework for Health System Performance Assessment", <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf> (24.03. 2012).
- OECD (2008), Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye.
- Papanicolas, I., C. P. Smith, E. Mossialos (2008), "Principles of Performance Measurement", *Euro Observer-The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 10 (1): 1-4.
- Sağlık Bakanlığı (2010), *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Araştırma Seri No: 4.
- Sağlık Bakanlığı (2012), Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, <http://www.path.saglik.gov.tr> (03.04. 2012).
- Tengilimoğlu, D., O. Işık, M. Akbolat (2012), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 4. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.

- Tonus, Z. (2004), “Uluslararası İşletmelerde İnsan Kaynakları Yönetimi”, *Uluslararası İşletmecilik*, Ed.: İnan Özalp, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 157-170.
- Vallejo, P., M. R. Saura, R. Sunol, V. Kazandjian, V. Urena, J. Maur (2006), “A Proposed Adaptation of The Efqm Fundamental Concepts of Excellence to Health Care Based On The Path Framework”, *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (5): 327-335.
- Veillard, J., F. Champagne, N. Klazinga, V. Kazandjian, A. O. Arah, L. A. Guisset (2005), “A Performance Assessment Framework for Hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH Project”, *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (6): 487-496.
- Who (2003), *How Can Hospital Performance be Measured and Monitored*, Who Europe Office.
- Who (2004a), *1st Workshop on Pilot Implementation of the Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, http://www.pathquality-project.eu/upLoad/file/1st_worshop_on_pilot_implementation_of_path.pdf (30.03.2012).
- Who (2004b), *Selection of Indicators for Hospital Performance Measurement*.
- Who (2007), *Performance Assessment Tool For Quality Improvement in Hospitals*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/103728/E89742.pdf (30.03.2012).
- Yenice, E. (2006), “Kamu Kesiminde Performans Ölçümü ve Bütçe İlişkisi”, *Sayıştay Dergisi*, 61: 57-68.