

# Sağlık hizmeti sunan bir sistemin performansı nasıl değerlendirilmelidir?

**Prof. Dr. Osman E. Hayran**



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık sistemlerinin performans değerlendirmesini tartışırken sağlık hizmet sistemi ile sağlık sistemi kavramlarını birbirinden ayırarak kullanmak gerekir. Sağlık hizmet sistemi, genellikle sağlık bakanlıklarının ve yetkilendirilmiş çeşitli yapıların denetimi altında olan kamusal ve bireysel sağlık hizmetlerinden oluşmakta iken; sağlık sistemi bir toplumda sağlığı doğrudan ya da dolaylı şekilde etkileyebilen her türlü yapılar ve faaliyetlerden oluşmaktadır (1). Sağlık hizmet sistemi, bir ülkede ya da bölgedeki sağlık "sektörü"ne verilen isimdir. Bu sistem içerisinde sağlık hizmeti sunumunda rolü olan hastaneler, muayenehaneler, birinci basamak örgütleri gibi hizmet sunucuları; sağlık teknolojisi ve ilaç endüstrisi gibi her türlü kurum ve kuruluş yer alır. Daha kısa bir deyişle sağlık hizmet sistemi, sağlıkla ilgili "sunum" cephesine verilen isimdir. Sağlık sistemi ise bireylerin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olan tüm paydaşları, kurum, kuruluş ve sektörleri ifade eder. Örneğin eğitim, tarım ürünleri, gıda endüstrisi, çevresel riskler, sağlık okur-yazarlığı gibi sağlık hizmetinin "talep" cephesini etkileyen ve ilgilendiren konular da sağlık sisteminin içinde yer alır. İnsanlar genellikle hastalandıkları zaman tedavi olabilmek ve ihtiyaçları anında her türlü sağlık hizmetine ulaşabilmek arzusunda olduğundan

onları öncelikle ilgilendiren konu sağlık hizmetlerini sunan sistemin nasıl olduğu konusudur. Bu nedenle performans değerlendirmesini, sağlık hizmet sisteminin değerlendirilmesi olarak anlamak gerekir. Oysa sağlık politikaları ele alınırken; sağlığın korunmasına, geliştirilmesine, bireylerin ve toplumun iyi olma hallerine katkıda bulunan her türlü hizmet, ürün ve politikaların yani sağlık sisteminin dikkate alınması gerekir. Sağlık sisteminin performansı, sağlık hizmetleri dışında pek çok bileşeni de incelemeyi gerektirdiğinden çok kapsamlı ve karmaşık bir işler. Performans kavramını da "başarı" kavramı ile karıştırmadan kullanmak gerekir. Sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin başarısı, sağlık düzeyindeki düzelme, cevap verebilirlik ve adil finansal katkı ile ölçülürken; performans, kullanılan kaynaklara kıyasla bu başarı kriterlerinin ne ölçüde gerçekleştirildiğinin göstergesidir. Yani performans değerlendirmesi, sistemlerin sadece çıktılar, sonuçlar açısından değil; sonuçların girdiler ve süreçler ışığında değerlendirilmesini gerektirir. Sağlık hizmet sistemlerinin performansını değerlendirme çabaları çok eskilere dayanmaktadır. Bu çabaların ilk akla gelen nedeni, sistemin insanların sağlığına amaçlanan katkıyı sağlayıp sağlamadığı ve bu katkının yapılan harcamalara değip değmediği konusu olmakla birlikte konu bu kadar basit değildir. Sağlık, paydaşları itibarıyla çok geniş kesimi doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilendiren bir sektördür.

Bir çırpıda saymak gerekirse, sağlık hizmeti sunan meslek mensupları, sağlık hizmeti alanlar ve aileleri, sağlık kurum ve kuruluşlarının sahipleri, ilaç ve tıp teknolojisi üreticileri-satıcıları, politikacılar, sağlık hizmeti yöneticileri, medya gibi neredeyse toplumun tüm kesimlerini kapsayan bir paydaş yelpazesi söz konusudur. Doğal olarak her paydaş grubunun sunulan sağlık hizmetlerine bakışı ve bu hizmetlerin performansı konusundaki beklentileri farklı olmaktadır. Örneğin, hizmeti alan vatandaşlar açısından iyi bir sistemin özelliği, ihtiyaç duyduğu her anda, makul bir bekleme süresi ile her anlamda erişilebilir ve bedeli karşılanabilir, kaliteli sağlık hizmeti alabilmektir. Hizmeti sunan kurum ya da kuruluşlar açısından ise, en kaliteli sağlık hizmetinin, en az maliyetle ve sıfır hata ile sunulması önem taşımaktadır. Hizmet sunumundan sorumlu hekimler için en son tıbbi bilgilerle uyumlu hizmet sunumu maliyetin önüne geçmekte, yöneticiler ve sigortacılar için maliyet daha ön planda yer almaktadır. Tüm sistemin yönetim ve denetiminden sorumlu olması gereken sağlık bakanlığı ve bürokratlar için ise sunulan hizmetlerin hedeflenen amaçlarla, izlenen politikalarla ne derece uyumlu olduğu, toplumun sağlık düzeyine ne katkı sağladığı ya da sağlamadığı gibi konular önem taşımaktadır.

Tüm paydaşların sistemden beklentilerinin aynı olmaması, ayrıntılarda

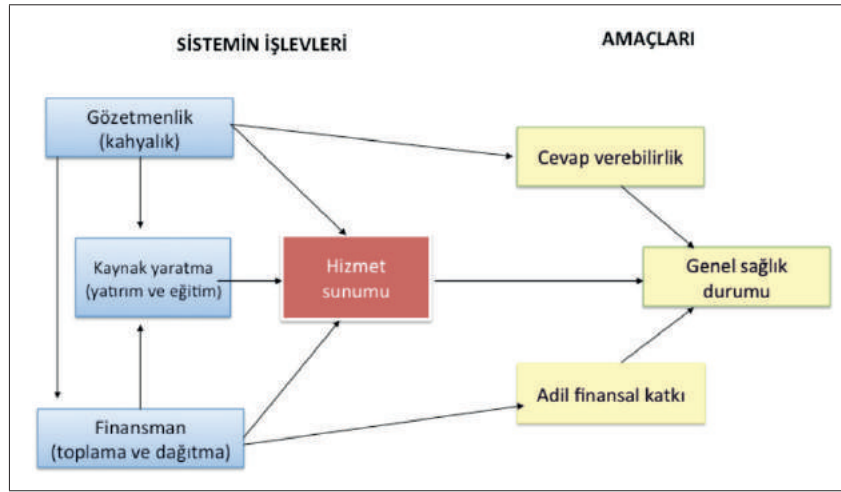


Şekil 1: Sağlık Sistemlerinde İşlev-Amaç İlişkisi (2)

farklılaşması nedeniyle herkesin üzerinde ulaşacağı bir performans değerlendirme yönteminin geliştirilmesi çok zordur. Bu zorluğun bir başka nedeni, sağlık hizmetlerindeki sunum biçimlerinin, tıp teknolojisi uygulamalarının, toplumdaki sağlık algısı ve hizmet beklentilerinin hızla değişiyor olmasıdır. Performans değerlendirmesi için söz konusu olan tüm bu güçlüklerin ışığında DSÖ tarafından üzerinde uzlaşma sağlanmış performans kriterleri belirleme çabaları aralıksız sürmektedir. Sağlık sistemleri ve performans değerlendirilmesi kavramlarının kapsamlı şekilde ele alındığı DSÖ'nün 2000 yılı raporunda; bir sistemin amacının insanları sağlıklı yapmak olduğu, sağlıklı olmanın ise iki boyutunun bulunduğu, bu boyutlardan birisinin "iyilik" değerinin ise "adalet" olduğu vurgulanmaktadır (2). İyilik ulaşılabilecek en üst sağlık düzeyine ulaşılmasını, adalet ise bireyler veya gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarının en aza indirilmiş olmasını ifade etmektedir. Aynı rapora göre sağlık sistemlerinde sistemin işlevleri ile amaçları arasındaki ilişki Şekil 1'de görüldüğü şekilde özetlenmiştir.

Şekilde de görüldüğü gibi sistemin ana işlevi hizmet sunumdur. Bunu başarmak için kaynak oluşturulması, finansman sağlanması ve hizmetlerin amaca uygunluğu için gözetmenlik yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun amaçlarına ulaşıp ulaşmadığının ya da ne ölçüde ulaştığının anlaşılması ise başlıca üç sonuç ile değerlendirilmektedir: "Genel sağlık durumundaki düzelme", "cevap verebilirlik" ve "adil finansal katkı". Sağlık hizmet sistemleri için özetlenen bu işlev-amaç ilişkisinin sonraki yıllarda hazırlanan daha ayrıntılı bir şekli Şekil 2'de görüldüğü gibidir.

Başka sektörlerdeki performans değerlendirmelerinde klasik yaklaşım çıktıya yoğunlaşmaktır. Bu alışkanlıktan hareketle sağlık hizmet sistemlerinin de



benzer bir yaklaşımla değerlendirilmesi alışkanlığı yaygındır. Ancak, sağlık sektöründe sistemin iyi işlemesi çıktılarından çok süreçlere etki ettiğinden ve hizmetler bir bütün olarak önem taşıdığından bu yaklaşım hatalı sonuç vermektedir. Sağlıkla ilgili çıktıların iyi ya da kötü çıkmasını belirleyen çok sayıda ve birbirleriyle ilişkili değişken bulunmaktadır. Bu değişkenlerin önemli bir kısmı sağlık hizmet sisteminin dışında kalan ve kontrolü zor değişkenlerdir (sosyoekonomik koşullar, yaşam biçimi özellikleri gibi). Bu nedenle bir sağlık hizmet sisteminin performansını değerlendirmek için çok sayıda göstergeli bir arada kullanmak, kullanırken de mutlaka çeşitli değişkenlere göre standardize ederek kullanmak, toplumlar arası karşılaştırmaları bu şekilde yapmak gerekmektedir. Ne yazık ki sistemlerin performansını bir çırpıda özetleyen bir ölçüt bulunmamaktadır. Üstelik sistemler içerisinde yer alan kişilerin demografik, sosyal, ekonomik özelliklerine bağlı olarak kullanılacak ölçütlerin türü ve yorumu da değişebilmektedir. Sağlık hizmet sistemlerini değerlendirirken, sistemin yapı taşlarını oluşturan konulardaki girdilerin miktarı ve

niteliği mutlaka tanımlanmış, belirlenmiş ve uygun ölçütlerle ölçülmüş olmalıdır. Şekil 2'de özetlenen sistem yapı taşlarının anlamları şu şekilde özetlenebilir:

**Hizmet Sunumu:** İhtiyacı olanlara, ihtiyaç duydukları anda ve buldukları yerde, en az israf ile etkili, güvenli, kaliteli, kişisel ya da kamusal nitelikteki her türlü sağlık hizmetinin sunulması gerekir. Bunu değerlendirmek için 10 bin nüfusa düşen sağlık kuruluşu sayısı ve dağılımı, hastane yatak sayısı ve dağılımı, yıllık hekime başvuru sayısı, özellikle hizmet veren sağlık kuruluşu sayısı ve dağılımı, gibi göstergelere bakmak gerekir.

**Sağlık İş Gücü:** Her türlü kaynak ve olanak sağlandığında adil, verimli ve üretken bir çaba ile en iyi sonuçları alabilecek sayı ve nitelikte sağlık iş gücü bulunması her sistem için zorunludur. Bunun başlıca göstergeleri olarak, 10 bin nüfusa düşen sağlık çalışanı sayısı, sağlık çalışanlarının meslek, uzmanlık, çalıştığı yer ve cinsiyetlerine göre dağılımı, sağlıkla ilgili mesleki eğitim veren kurumlarda 100 bin nüfusa düşen yıllık mezun sayısı, gibi göstergeler sayılabilir.

Şekil 2: Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Sistemi Çerçevesi (3)



**Enformasyon:** Her sağlık hizmet sisteminde; sağlığın belirleyicileri, sağlık durumu ve sağlık sisteminin performansı konusunda istenildiği zaman istenilen enformasyonu güvenilir şekilde üretmeye, analiz etmeye, dağıtmaya ve kullanmaya elverişli bir sağlık enformasyon sistemi bulunmalıdır. Enformasyon, kanıta dayalı sağlık yönetiminin gerçekleştirilmesi için gerekli olan kararlara destek ve gerekçe sağlayan en önemli değişkendir. Enformasyon olmaksızın gerçekçi plan ve programların yapılması, doğru kararların verilmesi çok zordur.

**Tıbbi Ürün, Aşı ve Teknoloji:** İyi bir sağlık sisteminde, kaliteli, güvenli, etkili, bilimsel geçerliliği ve maliyet-etkililiği bilinen tıbbi ürünlere, temel ilaçlara, aşılar, teknolojiye hakkaniyetli bir şekilde erişim imkânı olmalıdır.

**Finansman:** İyi bir finansman sistemi, insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini, katastrofik harcamalara girmeden veya yoksullaşmadan alabilmelerini sağlayabilmek amacıyla yeterli fon oluşturan bir sistemdir. Sağlık finansmanı gösterge örnekleri olarak toplam sağlık harcaması, genel hükümet bütçesinden sağlık için harcanan miktarın yüzdesi, cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı sayılabilir.

**Liderlik/Yönetişim:** Etkili bir öngörü, iş birliği ve uzlaşma becerileri ile stratejik politikalar geliştirebilen; her türlü sistem düzenlemesi ve girişimlerini, hesabını da verebilecek tarzda yürüten bir yönetim anlayışı demektir. Sunulan hizmetlerin erişim, kapsayıcılık, kalite ve güvenlik açısından ne durumda olduğu önemlidir. Bu kavramların anlamını şu şekilde özetlemek mümkündür: Erişim; sistem tarafından sunulan hizmetlerden yararlanma konusunda söz konusu olabilecek çeşitli

engellerin ne ölçüde kaldırıldığını ifade eder. Bu engeller, sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlara olan uzaklıktan kaynaklanan coğrafi engeller olabileceği gibi, hizmetlerin bedelini ödeme gücü veya sağlık güvencesi bulunmaması şeklinde ekonomik engeller; sağlık okuryazarlığı, dil ve öğrenim düzeyi düşüklüğünden kaynaklanan eğitsel engeller; sunulan hizmetlerin yarar algısı açısından anlamlı görülmemesi, farklı inanç ve beklentiler nedeniyle benimsenmemesi şeklinde ortaya çıkan sosyokültürel engeller de olabilir. Erişimin, sadece coğrafi ve ekonomik erişim anlamında ele alınmaması önemlidir. Kapsayıcılık; hizmetlerin toplum içerisindeki hangi gruplar, kimler için sunulduğunu, yani hedef grupların neler olduğunu ifade eder. İyi bir sağlık hizmet sisteminin, tüm toplum gruplarını, sağlıklı olsun ya da olmasın tüm bireyleri, her türlü gelir düzeyindeki insanları kapsaması beklenir. Kalite; sağlık hizmetlerinde kalite, arzu edilen sonuçların, geçerli mesleki bilgi ile uyumlu şekilde ve uygun bir maliyetle elde edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sunulan hizmetlerin bu anlamda kaliteli olması, tüm sağlık hizmet sistemlerinin önemli bir özelliği olmalıdır. Güvenlik; hasta ve kişi güvenliği tüm sağlık hizmetleri sırasında gözetilmesi gereken en önemli konudur. Hipokrat'tan beri hekimlik geleneğinin temelini oluşturan "önce zarar verme" ilkesi sağlık hizmet sistemleri için de geçerlidir. Verilen hizmetler bazen yanlış oldukları için, bazen yetersiz kaldıkları için bazen de aşırı sunuldukları için bireylerin sağlığına ölümcül zararlar verebilmektedir. Sistemler bu yönden iyi tasarlanmış ve iyi denetleniyor olmalıdır. Son olarak, bir sağlık hizmet sisteminin amaçlarının ne ölçüde gerçekleştirildiğini, hangi sonuçların elde edildiğini görmek ve değerlendirebilmek için başlıca dört konuda ölçüm yapmak gerekmektedir: Birincisi, genel sağlık düzeyindeki düzelmeler ve toplumdaki dağılımı. İkincisi, genel cevap verebilirlik düzeyi ve toplumdaki dağılımı. Üçüncüsü, sosyal-finansal risklerden korunmanın ne ölçüde gerçekleştiği. Dördüncüsü, verimlilik artışı.

Sağlık düzeyinde düzelmeyi gösteren bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, doğumda yaşam beklentisi gibi çeşitli göstergeler bulunmakla birlikte tüm toplumun sağlık düzeyini özetleyen en uygun ölçüt olarak Sağlıklı Yaşam Beklentisi (*Healthy Life Expectancy*-HALE) kullanılmaktadır. Buna göre bir ülkede sağlıklı yaşam beklentisi tüm toplum grupları için birbirine benzer ise bireyler farklı yaşlarda ölüyor olsalar bile sağlık düzeyinin dengeli ve adil dağılıma sahip olduğu anlamına gelmektedir. Sağlık düzeyindeki düzelmelerin toplumdaki dağılımının adil olması sistem değerlendirmesi açısından önemli bir kriterdir. Bu durumu ifade etmek için kullanılan

kavram "hakkaniyet" kavramıdır. Sağlık düzeyindeki düzelmelerin hakkaniyetli olması için sunulan sağlık hizmetlerinin de hakkaniyetli olması gerekir. Hakkaniyet, eşitlikten farklı bir kavram olarak ihtiyacı olana ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmeti sunulması anlamına gelir. Yani eşitlik, herkese aynı türde ve aynı miktarda hizmet sunulması anlamına gelirken; hakkaniyet, ihtiyacı olana daha fazla ve ihtiyaçlarına uygun hizmet sunulması anlamına taşır. Hakkaniyet, toplumdaki sağlık yönünden var olan eşitsizlikleri ortadan kaldırma amacını güder. Sağlık durumu birbirinden farklı yani eşit olmayan bireylere eşit sağlık hizmeti sunulması kaynakların toplum adına doğru kullanılmadığı anlamına gelir. Zaten sağlıklı olanlarla sağlık yönünden büyük riskler altında olanlara benzer kaynaklarla hizmet sunmak eşitsizlikleri artırmaktan başka işe yaramaz. En kısa tanımla "adil olma" anlamına gelen hakkaniyet yatay ve dikey hakkaniyet olarak iki şekilde ele alınmaktadır: Yatay hakkaniyet, benzer soruna sahip bireyler için benzer kaynaklarla benzer hizmetlerin sunulmasını; dikey hakkaniyet ise farklı sorunlara sahip bireyler için farklı kaynaklar kullanılarak farklı hizmetler sunulmasını gerektirir (4). Yukarıda değinildiği gibi hakkaniyet ilkesi sadece kaynak kullanımı, hizmet sunumu için değil, sağlık düzeyindeki gelişmeler açısından da gerçekleşmiş olmalıdır.

Cevap verebilirlik, sağlığa ilgili ihtiyaçlar konusuna sistemin nasıl cevap verdiğinin ölçüsü değil, tersine, sistemin sağlıkla ilgili olmayan konularda toplumun ve bireylerin beklentileri ile ne ölçüde uyumlu olduğunun bir göstergesidir. Herhangi bir sorunu nedeniyle sağlık hizmet sistemine başvuran bir bireyin hizmet sürecindeki tüm etkileşimlerin iki boyutu bulunmaktadır. Birincisi, bireye sunulan sağlık hizmetinin tıbbi boyutu, diğeri ise bu hizmetin nerede, hangi koşullarda ve nasıl sunulduğu konusudur. Sunulan hizmetin bilimsel kanıtlar açısından en doğru ve duruma en uygun hizmet olması, hatasız sunulması, bireyin "iyi olma" durumu için gerekli, ancak her zaman yeterli değildir. Hizmeti sunan kişilerin hizmeti alanla kurdukları ilişkinin niteliği, hizmetin sunulduğu ortamın rahatlığı ve özellikleri de en az bilimsel doğruluk ve uygunluk kadar önemlidir. İşte bu özelliklere "cevap verebilirlik" denilmektedir. Sağlık hizmet sistemlerinin cevap verebilirliğinin de, etkinlik, verimlilik, kalite, memnuniyet gibi ölçülmesi ve izlenmesi gerekir. Sosyal ve finansal risklerden korunmanın ne ölçüde gerçekleştiği bir diğer performans göstergesidir. Bunun anlamı, bir toplumdaki hane halklarının yaptıkları sağlık harcamalarının hastalık risklerine göre değil de ödeme güçlerine göre dağılımı demektir. Finansal katkının adil dağılmaması durumunda hastalık riski yüksek olan toplum kesimlerinin

Tablo: Sağlık sistemlerinde performans değerlendirmesi (8)

Ölçüm Alanı	Ölçüm Şekli	Örnek Ölçütler
Toplum sağlığı	Toplum sağlık düzeyinin özet olarak ifadesi	Doğumda yaşam beklentisi Sağlıklı yaşam beklentisi Kaybedilen yaşam yılları Önlenilebilir ölümlülük DALY ölçümleri
Bireysel sağlık	Bireysel sağlık düzeyinin özet olarak ifadesi	Jenerik ölçütler -SF-36, vb. Hastalığa özel ölçütler -Artrit etki ölççekleri, vb.
Klinik kalite ve hizmet uygunluğu	Verilen hizmetlerin hastanın klinik durumunda beklenen düzelmeyi ne ölçüde sağladığı	Sonuç ölçütleri -Sağlık durumu ölçütleri -Post-op yeniden yatış ve özel ölüm hızları Süreç ölçütleri -Kan basıncı ölçümleri, vb.
Cevap verebilirlik	Tedavi sürecinde karşılaşılan etkileşimler, sistemin psikososyal ve fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu	Hasta deneyimleri Hasta memnuniyeti
Hakkaniyet	Sağlık hizmetlerinin erişimi, finansmanı ve cevap verebilirliği konusunda ne derece hakkaniyetli olduğu	Hizmet kullanım ölçütleri Hizmete erişim ölçütleri İhtiyaç-kullanım oranları Harcama miktarları Özel sağlık düzeyi ölçütleri
Verimlilik	Sağlık sisteminin, sağlık kuruluşlarının ve tekil hizmet sunucularının ne derece verimli olduğu	Üretim verimliliği Maliyet-etkinlik ölçütleri (örnek.: müdahaleler için) Teknik verimlilik ölçütleri (çıkıtı/girdi ölçütleri) Dağıtım verimliliği ölçütleri ("ödemeye isteklilik" ölçümleri gibi)

aniden ortaya çıkabilen yüksek sağlık harcamaları (katastrofik harcamalar) nedeniyle yoksullaşması ve tedaviden, hizmetten mahrum kalması söz konusu olabilmektedir. DSÖ ve Dünya Bankasının tanımına göre finansal risklerden korunmayı değerlendirmek için iki kritere bakmak gerekir: *Katastrofik harcamaların insidansı* ve *sağlık harcamalarına bağlı yoksullaşma insidansı* (5). Cepten yapılan sağlık harcamalarının hane halkı bütçesinin yüzde 25'ini aşması ya da ödeme kapasitesinin, yani gıda gibi zorunlu harcamalar dışında kalan gelirinin yüzde 40'ını aşması katastrofik harcama kabul edilmektedir. Bu tür harcamalar nedeniyle gelir düzeyi yönünden yoksulluk sınırının altına düşen hane halkının oranı da yoksullaşma insidansıdır (6). Daha özet bir deyişle, sosyal ve finansal risklerden korunmayı değerlendirmek amacıyla "cepten yapılan hane halkı sağlık harcamalarının, hane halkı gıda-dışı harcamalarına oranı"na bakmak gerekir. Eğer bu oran tüm toplumdaki haneler için benzer ise, hanelerin gelir düzeyinden, sağlık risklerinden ve sistemi kullanma sıklıklarından bağımsız olarak finansal adalet sağlanmış ve risklerden korunma gerçekleşmiş demektir (2).

Verimlilik ve verimlilik artışı, iyi işleyen bir sağlık hizmet sisteminin önemli bir performans göstergesidir. Verimlilik, en kısa tanımla, "bir işin enerji ve zaman israfına yol açmadan iyi yapılması" ya da sağlık

hizmetleri için "en kaliteli hizmetin en düşük maliyetle verilebilmesi" anlamına gelir. Ekonomi bilimindeki anlamı ise biraz daha farklı olup "eldeki kaynakların alternatif yollara kıyasla en fazla değeri üretecek şekilde kullanılması" demektir (7).

Verimliliğin, üretim verimliliği, teknik verimlilik ve dağıtım verimliliği şeklinde farklı açılardan değerlendirilmesi gerekir. Üretim verimliliği, belirli bir girdi maliyeti için en yüksek çıktılar elde edilmesi demektir. Teknik verimlilik, belirli bir çıktının üretimi için teknik açıdan gerekli olan girdilerin dışında herhangi bir girdinin kullanılmaması anlamına gelir. Dağıtım verimliliği ise, elde edilen kaynakların kullanım ve dağıtımının üretim süreçleri ve çıktıları dikkate alınarak, toplumun tümü açısından en çok faydayı sağlayacak şekilde yapılması demektir. Tüm bu değerlendirme kriterleri ve kullanılacak göstergeler örnekleri tabloda özetlenmiştir. Sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilebilmesi için DSÖ tarafından geliştirilen bu çerçeve ve göstergelerin dışında aynı amaçla kullanılacak başka modeller de bulunmaktadır. Bunlardan birisi olan "üçlü amaç" modeline göre bir sağlık sisteminin performansı için şunlara bakılması önerilmektedir (9):

**Toplumun sağlık durumu:** Doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı gibi temel sağlık göstergeleri.

**Hasta deneyimleri:** Hizmetlere erişim durumu, klinik sonuçlar ve algılanma şekli, hastaların kişisel deneyimleri.

**Kişi başına maliyet:** Kişi başına düşen maliyet, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu.

Dikkat edilirse bu modelin de, DSÖ sistem çerçevesindeki bileşenlerden oluştuğu, fakat kavramların daha farklı ifade edildiği görülmektedir. Toplum sağlık düzeyi ve durumu değerlendirilmekte, cevap verebilirlik yerine hasta deneyimleri kavramına yer verilmekte, finansal riskten korunma ve verimlilik konusunu değerlendirmek için de hizmetlerin kullanımın ve kişi başına hizmet maliyetinin incelenmesi önerilmektedir. Burada geçen hasta deneyimleri kavramı önemlidir. Hasta deneyimleri (PROMs–Patient-Reported Outcome Measures) özünde cevap verebilirlik ile aynı anlamı taşımakla birlikte son dönemde çok yaygın kabul gören bir değerlendirme kriteridir. Hatta sistemlerin değerlendirilmesinden öte klinik deneysel araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi için de değerli olduğu görülmekte ve rutin hale gelmektedir. Özellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin izlenmesi açısından hasta deneyimleri vazgeçilmez ölçütler olarak önem kazanmaktadır.

## Kaynaklar

- 1) Arah O, Westert G, Hurst J, Klazinga N. 'A Conceptual Framework for The OECD Health Care Quality Indicators Project.' *International Journal for Quality in Health Care*, 2006;18 (Suppl. 1): 5-13.
- 2) WHO. *The World Health Report 2000:Health Systems:Improving Performance*. Geneva, 2000.
- 3) WHO. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. WHO's Framework for Action. Geneva, 2007.
- 4) Culyer AJ. *Equity-Some Theory and Its Policy Implications*. *Journal of Medical Ethics* 2001;27:275-283.
- 5) WHO. *World Health Statistics 2016:Monitoring Health for The SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva, 2016:17-19.
- 6) WHO and The World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Geneva, World Health Organization, 2015 [who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/](http://who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/) (Erişim Tarihi: 19.06.2016).
- 7) Gyrd-Hansen D. *Efficiency in Health Care, Concepts of*. İçinde: Culyer AJ. (ed.) *Encyclopedia of Health Economics*. First Edition, Elsevier, London 2014:267-271.
- 8) Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas and Sheila Leatherman (eds.) *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. *European Observatory on Health Systems and Policies-WHO-EURO*, Cambridge University Press, 2010: 680-681.
- 9) Stiefel M, Nolan K. *A Guide to Measuring The Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost*. *IHI Innovation Series White Paper*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.