

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

HACİMDEN DEĞERE: DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aysun ERGİN

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

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

MAYIS – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

HACİMDEN DEĞERE: DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ

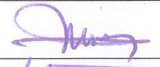
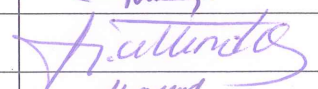
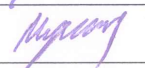
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aysun ERGİN

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Bu tez ~~23.5/2019~~ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. M. Nureddin Kuntkan	BASARILI	
Doç. Dr. Selma ALTINDIĞ	BASARILI	
Dr. Öğr. üyesi Mustafa YILDIRIM	BASARILI	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Aysun ERGİN
Öğrenci Numarası	:	1660Y47006
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Hacimden Değere: Değer Temelli Sağlık Hizmeti
Benzerlik Oranı	:	%1

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

...../...../20.....
İmza

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsb@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

Tarih:

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın konusunun belirlenmesinde bana yardımcı olan, yazım sürecinde beni değerli bilgileri ile yönlendiren ve tezin her aşamasında benden desteğini esirgemeyen sayın kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ'e, teşekkür ve saygılarımı sunmayı bir borç bilirim.

Bu süreçte her zaman yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarıma teşekkür ederim. Bugünlere gelmemi sağlayan, bana inanan ve desteklerini hiç eksik etmeyen ailem, her zaman sırtımı yaslayacağım dağ olan babam Yılmaz Ergin'e, bugün beni ben yapan her şeyi öğrendiğim annem Ayten Ergin'e ve canımın diğer yarısı olan kardeşim Berkay Ergin'e sevgilerimi sunar, her şey için teşekkür ederim.

Aysun ERGİN

23.05.2019

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ.....	4
1.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Tanımlanması	4
1.2. Sağlık Hizmetinde Değer	7
1.2.1. Hasta Açısından Değer	9
1.2.2. Kurum Açısından Değer	12
1.2.3. Sağlık Personeli Açısından Değer	15
1.2.4. Geri Ödeme Kurumları Açısından Değer	16
1.3. Değer Temelli Bir Sağlık Hizmet Sunum Sistemi	17
1.4. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri	22
1.4.1. Liderlik	22
1.4.2. Teknoloji.....	27
1.4.3. Hizmet Kullanıcı Odaklı (Consumerism)	31
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Değerin Ölçümü.....	33
1.5.1. Süreç Ölçütleri (Process Measures)	33
1.5.2. Yapısal Ölçütler (Structural Measures)	35
1.5.3. Dengeleme Ölçütleri (Balance Measures)	36
1.5.4. Sonuç Ölçütleri (Outcome Measures)	36
1.6. Değer Temelli Satın Alma (Value Based Purchasing)	40
1.6.1. Hizmete Dayalı Ödeme Yöntemi (Fee-For-Service).....	45
1.6.2. Performansa Dayalı Ödeme (Pay-For-Performance Programs).....	47

1.6.3. Sorumlu Bakım Kuruluşları (Accountable Care Organizations/ACO)	48
1.6.4. Bakım Geliştirme için Paketli Ödemeler (Bundled Payment)	50
1.7. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	51
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	57
2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	57
2.2. Araştırmanın Modeli ve Deseni	57
2.3. Araştırmanın Katılımcıları.....	58
2.4. Araştırmanın Verilerinin Toplanması	61
2.5. Araştırma Verilerinin Analizi	63
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	64
BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	65
3.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Sağlık Yöneticilerine Ne İfade Ettiğine İlişkin Bulgular.....	65
3.1.1. Maliyet-Kalite İlişkisi.....	65
3.1.2. Maliyet-Verimlilik İlişkisi	67
3.1.3. Maliyet-Koruyucu Sağlık Hizmetleri İlişkisi.....	67
3.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Hasta, Kurum ve Sağlık Personeline Ait Değerin Oluşturulmasına İlişkin Bulgular.....	68
3.2.1. Hasta Açısından Değer	69
3.2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	70
3.2.1.2. İletişim	73
3.2.1.3. Hizmet Güvencesi.....	74
3.2.1.4. Bakım Süresi	75
3.2.1.5. Uygun Bakım Koşulları ve Konfor	76
3.2.2. Kurum Açısından Değer	77
3.2.2.1. Güven.....	77

3.2.2.2. Hizmet Sunumu	78
3.2.2.3. Farklılaşma	79
3.2.3. Sağlık Personeli Açısından Değer	80
3.2.3.1. Motivasyon ve Takdir	80
3.2.3.2. Maaş-Ücretlendirme	81
3.2.3.3. Sağlık Personeli Sayısı.....	82
3.2.3.4. Malpraktis (Hekim Hatası).....	83
3.3. Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerekliliğine İlişkin Bulgular	84
3.3.1. Hizmet Kalitesi ve Sürdürülebilirliği	85
3.3.1.1. Hizmet Sunumunun Kalitesi	85
3.3.1.2. Hasta Yoğunluğu	86
3.3.1.3. Standardizasyon.....	87
3.3.2. Maliyet Kontrolü	88
3.4. Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunum Sisteminin Sağlanmasına İlişkin Bulgular.....	89
3.4.1. Katılım	90
3.4.1.1. Hasta Katılımı.....	90
3.4.1.2. Personel Katılımı	91
3.4.1.3. Geri Bildirim	92
3.4.2. Ölçülebilirlik	93
3.4.3. Denetim.....	94
3.4.4. Sevk Zinciri.....	96
3.4.5. Fiziksel Koşullar	96
3.4.6. Yeni Sistemin Denenmesi.....	98
3.5. Sağlık Hizmeti Sunumunu Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunumuna Dönüştürmedeki Düzenleme Alanlarına İlişkin Bulgular	99

3.5.1. Eğitim	100
3.5.1.1. Personel Eğitimi	100
3.5.1.2. Nitelikli Personel	101
3.5.2. Maliyet	102
3.5.2.1. Yatırım	102
3.5.2.2. Gereksiz Hizmet Kullanımı	103
3.5.2.3. Kaynak Kullanımı	104
3.6. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Bileşenlerine İlişkin Bulgular	105
3.6.1. Liderlik	106
3.6.2. Teknoloji	107
3.7. Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerçekleşme Durumuna Dair Katılımcı Görüşlerine İlişkin Bulgular	109
3.7.1. Kaynaklar	110
3.7.1.1. Yeterli Kaynaklara Sahip Olunması	110
3.7.1.2. Yeterli Kaynaklara Sahip Olunmaması	112
3.7.2. Sağlık Sistemi	113
3.7.2.1. Sağlık Sisteminin Hazır Olması	113
3.7.2.2. Sağlık Sisteminin Hazır Olmaması	115
SONUÇ VE ÖNERİLER	116
KAYNAKÇA	131
EKLER	142
ÖZGEÇMİŞ	144

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Değer Temelli Sağlık Hizmeti Tanımları	4
Tablo 2: Katılımcıların Kod İsimleri ve Kısa Özgeçmiş Bilgileri.....	60
Tablo 3: Görüşmelerin Yer, Sayı ve Sürelerine İlişkin Bulgular	62



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Değer Temelli Satın Alma Programının Çerçevesi	44
Şekil 2: Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Sağlık Yöneticilerine Ne İfade Ettiğine İlişkin Bulgular	65
Şekil 3: Değer Temelli Sağlık Hizmetinde Değerin Oluşturulmasına İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri	69
Şekil 4: Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerekliliğine İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri	85
Şekil 5: Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunumunun Sağlanmasına İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri	89
Şekil 6: Sağlık Hizmeti Sunumunu Değer Temelli Sağlık Hizmet Sunumuna Dönüştürmeye İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri	99
Şekil 7: Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Bileşenlerine İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri.....	105
Şekil 8: Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerçekleşme Durumuna İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri	109

Tezin Başlığı: Hacimden Değere: Değer Temelli Sağlık Hizmeti**Tezin Yazarı:** Aysun ERGİN**Danışman:** Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ**Kabul Tarihi:** 23 Mayıs 2019**Sayfa Sayısı:** viii (ön kısım)+144(tez)+2(ek)**Anabilimdalı:** Sağlık Yönetimi**Bilimdalı:** Sağlık Yönetimi

Günümüzde birçok ülke, sağlık hizmetleri maliyetlerinin artması, yaşlanan nüfus ve kaynakların kıtlığı gibi nedenlerden dolayı yüksek kalite ve maliyet verimliliği sağlamak için sağlık hizmetlerini nasıl yönlendireceğini araştırmaktadır. Gerek bu araştırmalar gerekse de artan maliyet ve kalite baskısı, sağlık hizmetleri sunumunu uzun süredir devam eden hacme dayalı sağlık modellerinden “değer temelli sağlık hizmeti” modellerine yönlendirmektedir. Çünkü değer temelli sağlık hizmetleri, hastaların daha uygun maliyetle, koordineli, uygun ve etkili bir bakımı alabileceği, bireylerin ve toplumların sağlığını iyileştirebileceği bir bakım deneyimi sunmaktadır. Bu anlamda birinci amaç, sağlık hizmetlerine sağlayabileceği potansiyel kazanımların teorik olarak ortaya konulmasıdır. Dolayısıyla literatürde yeni bir bakış açısı ve yaklaşım olan değer temelli sağlık hizmetinin tanımlanarak açıklanması, bu konuda kuramsal bir çerçeve oluşturulması hedeflenmiştir. Ayrıca bu tez ile daha önce üst düzey sağlık yöneticiliği yapmış veya halen yapmaya devam eden sağlık yöneticilerinin, değer temelli sağlık hizmetlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi de amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda katılımcıların özgeçmişleri ve sahip oldukları unvanlar itibarı ile kimliklerinin ortaya çıkmaması için çalışmanın yapıldığı ilin ismi gizli tutulmuştur. Nitel araştırma yönteminin kullanıldığı çalışmada, belirlenen ilin merkezinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden kolay ulaşılabılır örnekleme ve ölçüt örnekleme yöntemi ile ulaşılan 7 üst düzey yönetici ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulan görüşme formu kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, hasta sağlığına zarar vermeden maliyetlerin azaltılarak daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulmasının gerekli olduğu, bunun da değer temelli sağlık hizmeti ile sağlanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Hasta, sağlık personeli ve kurum açısından değer artırılması ve değer temelli sağlık hizmetlerinin bileşenleri olan liderlik ve teknoloji ile bakımın desteklenmesinin önemi vurgulanmıştır. Yeterli fiziksel koşullara sahip, katılımcı, ölçülebilir ve denetlenebilir bir sistemin yapılandırılması ile değer temelli sağlık hizmetlerinin sunumunun mümkün olabileceği ulaşılan diğer bir sonuçtur. Ayrıca eğitim ile nitelikli personele sahip olunması, doğru yatırımların yapılması ve gereksiz hizmetlerin azaltılmasına ilişkin yapılacak düzenlemeler ile değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabileceği ve sağlık sisteminin bu geçiş için hazır olduğu, katılımcı çoğunluğu ile elde edilen diğer bir sonuçtur.

Anahtar Kelimeler: Değer Temelli Sağlık Hizmeti, Değer, Sağlık Hizmeti

Title of the Thesis: Volume to Value: Value Based Healthcare	
Author: Aysun ERGIN	Supervisor: Assoc. Prof. Selma ALTINDIŞ
Date: 23 May 2019	Nu. of pages: viii(pre text)+144(main body)+ 2 (app.)
Department: Healthcare Management Subfield: Healthcare Management	

Nowadays, many countries are now investigating how health care costs can be directed to ensure high quality and cost efficiency due to increased health care costs, aging populations and scarcity of resources. Both these researches and the increasing cost and quality pressure lead the delivery of health services to, value-based healthcare models of long-standing volume-based health models. Because value-based healthcare provides a care experience where patients can receive more cost-effective, coordinated, appropriate and effective care, and improve the health of individuals and communities. In this sense, the first aim is to put forth the theoretical gains that can be provided to health services. Therefore, it is aimed to define and explain the value-based health service which has a new perspective in the literature, and to form a theoretical framework on this subject. In addition, this thesis aims to examine the opinions of the health managers who have previously made a high level health management or who are still doing this, on the value-based health care.

In accordance with this purpose the name of the province where the study was conducted was kept confidential in order to ensure that the identities and titles of the participants were not understood. In the study using qualitative research method, in the center of the identified province, interviews were conducted with 7 senior managers who were reached through convenience sampling and criterion sampling methods. In this study, the related literature was searched and the interview form created by the researcher was used.

As a result of the study, it was concluded that the costs should be reduced by providing better quality and efficient health services without harming the health of the patient and this could be achieved by value-based healthcare. The importance of increasing the value in terms of patient, health personnel and institution and supporting the maintenance with leadership and technology which are the components of value-based healthcare were emphasized. Another result is the provision of value-based healthcare through the establishment of a participatory and measurable and auditable system and ensuring adequate physical conditions. In addition, another result obtained by the majority of the participants is that the health system is ready for this transition and that it can be transformed into value-based healthcare through arrangements to be made with qualified personnel, and reducing unnecessary services.

Keywords: Value-Based Healthcare, Value, Healthcare.

GİRİŞ

Günümüzde birçok ülke, yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artışı, sağlık harcamaları ve maliyetlerinin artmasının gibi nedenlerden dolayı yüksek kalite ve maliyet verimliliği sağlamak için sağlık hizmetlerini nasıl yönlendireceğini araştırmaktadır (Bonde, Bossen ve Danholt, 2018, s. 1113). Öte yandan geleneksel yöntemlerle sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar, hastaları için iş yapma ve bakım verme biçimlerinde önemli değişikliklere gitme yönünde baskı altındadır. Bu aşamada tedarikçiler arasındaki rekabet, kamu ve ticari mükelleflerin maliyetleri düşürmelerine ilişkin artan bu baskı, onları uzun süredir devam eden hacme dayalı sağlık modellerinden “değer temelli bakım” modellerine yönlendirmektedir. Bu modeller, ödeme ve objektif klinik kalite ölçütlerini birbirleriyle uyumlu hale getirmeyi amaçlamaktadır (Valence Health, 2013, s. 1). Sağlık hizmeti stratejisindeki bu yönelim, değer temelli sağlık hizmetinin önemini vurgular niteliktedir. Çünkü değer temelli sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlığını iyileştirmek üzere daha uygun maliyetle, koordineli, uygun ve etkili bir bakım deneyimi sunma potansiyeline sahiptir (Hodgin, 2019).

Dolayısıyla sağlık harcamalarının azaltılması ve bakım kalitesinin geliştirilmesine imkân vermesi ya da teşvik etmesi nedeniyle çalışanlar ve politikacılar, geri ödemeler için hizmete dayalı ödeme yöntemlerinden, değer temelli ödeme yöntemine, yani geri ödemeleri sunulan hizmetlerin hacmi yerine değere bağlayan yöntemlere yönelmişlerdir (Conrad ve diğerleri, 2013, s. 998).

Son zamanlarda özellikle Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere gelişmiş birçok ülkede (Chee, Ryan, Wasfy ve Borden, 2016, s. 2198; Pessaux ve Cherkaoui, 2018, s. 126), sağlık hizmeti sunan ya da finanse eden birçok kuruluş, hacim yerine değeri ödüllendiren değer temelli geri ödeme modeline hızlı bir şekilde adapte olabilmek için hareket etmektedir. Çünkü değer temelli ödeme programlarının klinik ve finansal riski, ödeme yapanlardan sağlayıcılara kaydırarak, maliyetleri önemli ölçüde azaltmaya, bakım kalitesini iyileştirmeye ve verimliliği artırmaya yardımcı olduğu belirtilmektedir (Kuhn ve Lehn, 2015, s. 17). Ayrıca daha yüksek değerli bakıma odaklanmak, kişisel, profesyonel ve finansal olarak ödüllendirici olurken aynı zamanda klinik uygulama

modellerini değiştirerek de hastalar için mümkün olan en iyi bakımı sağlama olanağı yaratmaktadır (Zywiel, Liu ve Bozic, 2017, s. 1307).

Dolayısıyla sağlık hizmetini planlanması ve hizmet sunumunda hastaya odaklanan değer temelli sağlık hizmeti sunumu, tüm paydaşları geleneksel rollerinde büyük yenilikler yapmaya yönlendirmektedir. Kilit noktada yer alan paydaşlardan tüketicisi, sağlayıcı ve tedarikçiler sağlık hizmetlerinin değerini belirlemek ve değerlendirmek zorundadır (Mkanta, Katta, Basireddy, English ve Mejia de Grubb, 2016, s. 413). Bu bağlamda hastaların daha uygun maliyetle, koordineli, uygun ve etkili bir bakımı alması, bireylerin ve toplumların sağlığını iyileştirmesiyle bağlantılı bir bakım deneyimi sunması nedeniyle değer temelli sağlık hizmetlerinin son derece faydalı olduğu belirtilmektedir (Hodgin, 2019). Değer temelli sağlık hizmetleri ortamında gerek daha yüksek kalitede ve daha az maliyetli bakım ile ilgili iyileştirmeler üretmek gerekse de konu ile ilgili araştırmaları teşvik etmek için, değer kavramının anlamı, tanımı, ölümü ve kullanım bağlamının açık bir şekilde tanımlanmış olması son derece önemlidir (Mkanta ve diğerleri, 2016, s. 413).

Araştırmanın birinci bölümünde değer temelli sağlık hizmetlerinin tanımlanmasına ve açıklamasına, hasta, kurum ve sağlık personeli açısından incelenmesine, ölümüne ve bileşenlerine, değer temelli satın almanın ne olduğuna dair bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölüm araştırmanın yöntemi, modeli ve deseni, katılımcıları, veri toplanması ve sınırlılıklarından oluşmaktadır. nc bölümünde araştırma katılımcılarından elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Son bölümünde ise araştırma sonucu ve bu sonuçlar neticesinde oluşturulan öneriler yer almaktadır.

Çalışmanın amacı: Bu çalışmada sağlık hizmetleri için yeni bir yaklaşım olan değer temelli sağlık hizmetleri konusunun irdelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda oluşturulan kuramsal çerçevenin gerek alan yazında yeni bir konu olması nedeniyle katkı sunacağı gerekse de çıktıların iyileştirilmesi, kalitenin arttırılması ve maliyetlerin azaltılması gibi birçok açıdan sağlık hizmetlerine fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla literatürde yeni bir bakış açısı ve yaklaşım olan değer temelli sağlık hizmeti konusunda sağlayabilecek potansiyel kazanımların teorik olarak ortaya konması hedeflenmektedir.

Çalışmanın önemi: Değer temelli sağlık hizmeti yeni bir kavram olması, çıktıların kalitesinin ve maliyetin dikkate alındığı bir uygulamanın bilimsel literatürüne katkı sağlaması ve ülkemizde bu uygulamaya ilişkin bir literatür oluşturması açısından önemlidir.

Çalışmanın yöntemi: Bu araştırmanın gerçekleştirilmesi amacıyla nitel araştırma yönteminden yararlanılmış ve nitel araştırma desenlerinden olan temel nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırma verileri nitel veri analiz yöntemlerinden içerik analizi ile değerlendirilmiş ve bulgular, doğrudan alıntılara yer verilerek betimsel bir anlatımla sunulmuştur. Katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden kolay ulaşılabilir örnekleme ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemlerle ulaşılan ve görüşmeyi kabul eden, sağlık kurumlarında çalışan üst düzey sağlık yöneticileri, katılımcıları oluşturmaktadır. Literatür incelemesinden sonra oluşturulan görüşme formu, veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırmanın için gerekli olan veriler ise yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler tek tek okunup birçok kez incelenerek, MAXQDA 2018 programı ile analiz edilmiştir.

BÖLÜM 1: DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ

1.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Tanımlanması

Değer temelli sağlık hizmeti, hasta için mümkün olan en düşük ve en makul maliyette; klinik kalite, güvenlik ve sonuçların geliştirilmesine odaklanan bir hizmet sunum modeli olarak tanımlanmaktadır (Block, 2016, s. 18). Değer temelli sağlık hizmeti, hastaların sağlık sonuçları ile bakım maliyetleri arasında orantı kuran; verimlilik, çıktı ölçütleri, performans ölçümü ve hesap verilebilirliği hastanelerin finansmanında dikkate alan bir bakım sistemi olup, nüfus artışı ve kaynakların yetersizliği ile başa çıkmak için geliştirilmiş yeni bir stratejidir (Porter ve Teisberg, 2006). Değer temelli sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda değeri yakalamak için tasarlanmış yapı ve süreçlerin uyarlanmasıdır (Mofidi, Wong, Gatenby ve Milburn, 2016, s. 1).

Alan yazında değer temelli sağlık hizmetine ilişkin farklı tanımlar görülmektedir (Fakkert, Eenennaam ve Wiersma, 2017, s. 115; Kolarczyk, Arora, Manning, Zvara ve Isaak, 2017, s. 1; Mkanta ve diğerleri, 2016, s. 403; Yong, Olsen ve McGinnis, 2010, s. 8). Değer temelli sağlık hizmetlerine ilişkin yapılan bu tanımlar aşağıdaki tabloda verilmektedir.

Tablo 1
Değer Temelli Sağlık Hizmeti Tanımları

Tanım	Vurgu	Kaynak
<i>Değer temelli sağlık hizmetleri; hekimler, sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınları tarafından anlaşılacak ortak bir dil sağlayarak; tüm bakım döngüsü boyunca belirli bir tıbbi durum için tanımlan hasta değerinin pay, hastayla ilgili sonuç ölçümleri ile hasta başına düşen maliyetlerin payda da olduğu bir denklem ile tanımlanır.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık çalışanları, hasta ve yakınları arasında ortak bir dil sağlaması,• Hasta değeri ve maliyetler arasında orantı kurulması.	(Fakkert ve diğerleri, 2017, s. 115)
<i>Değer temelli sağlık hizmeti hasta için değer üretirken maliyetleri düşürmeye çalışan, daha yüksek kalitede sağlık hizmetleri ile gelişmiş hasta güvenliği ve maliyet verimliliğini içeren, hasta merkezli bakım ile hastanın sonuç ölçümlerinin kullanımı da dâhil olmak üzere tüm bakım döngüsüne odaklanan yaklaşımdır.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Yüksek kalitede sağlık hizmetlerinin ve maliyet verimliliğinin sağlanması• Hasta merkezli bakımın olması• Hasta güvenliğine önem verilmesi	(Elf ve diğerleri, 2017, s. 1)

Tablo 1'in Devamı

<i>Belirli bir durumu tedavi etmek için kurumsal yapı içinde hastaya verilen değere odaklanan, bakım döngüsünün tamamına paydaşları yerleştirerek bakımın kalitesini arttıran sağlık hizmetidir.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Hasta değerine odaklanması,• Bakım döngüsüne tüm paydaşları dâhil etmesi.	(Mofidi ve diğerleri, 2016, s. 2)
<i>Hastaların sağlık sonuçları ile bakım maliyetleri arasında orantı kuran; verimlilik, çıktı ölçütleri, performans ölçümü ve hesap verilebilirliği hastanelerin finansmanında dikkate alan bir bakım sistemidir.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Hastanelerin finansmanında ya da geri ödeme yöntemleri içine değer dâhil edilmesi.	(Porter ve Teisberg, 2006)
<i>Değer temelli bakım, sağlık kurumlarının sistemlerini kalite, çıktılar ve maliyet konularında yeniden tasarımlarını gerektiren, bu tasarımlar sonucunda gerçekleşen iyileştirmelerle tasarrufların sağlandığı, nüfus sağlığına vurgu yapan bir bakımdır.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Kalite, çıktı ve maliyetlere odaklanması,• Tasarruf sağlayacak tasarımlara önem verilmesi	(Petersen, Rushing, Nelson ve Rhyne, 2016, s. 257)
<i>Değere temelli bakım hem hastaneye giriş sırasında hem de taburculuk sonrası hastanın sonuçlarına odaklanan, maliyet, bakım kalitesi ve multidisipliner hizmetlerin koordinasyonu üzerinde duran bir modeldir.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Tam bir bakım döngüsüne odaklanması• Hasta sonuçları, maliyet ve kaliteye odaklanması.• Multidisipliner hizmetlerin koordinasyonunun önemi	(Kolarczyk ve diğerleri, 2017, s. 1)
<i>Değer temelli bakım, maliyet verileri, klinik karar desteği, eğitim, personel ve teknoloji kaynakları, hasta bakımı ve bakım koordinasyonunun uyumunu başarılı bir şekilde gerçekleştiren bir bakımdır.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Faaliyetler arası koordinasyon	(Gordon, Chang ve Burrill, 2018, s. 7)
<i>Değer temelli bakım, sağlık ödemeleri ile hastanın sağlık sonuçları ve / veya bakım kalitesi ile ilişkilendirmeyi amaçlayan bakıma denir.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık ödemelerinin sağlık sonuçlarına ve bakımın kalitesiyle ilişkilendirilmesi	(Terrell, 2018, s. 2)
<i>Değer temelli bakım, nüfus sağlığı ile birlikte sağlık hizmeti ödemelerini, hasta sonuçları ve sağlıkla ilişkilendirerek maliyet ve kalite arasında anlamlı bir bağlantı oluşturan bakımdır.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Nüfus sağlığı ile birlikte sağlık hizmeti ödemeleri ile ilgilenmesi• Hasta sonuçları, maliyet ve kalite arasında bağlantı kurması.	(Caron, 2017, s. 19)

Tabloda da görüldüğü gibi değer temelli sağlık hizmeti ile değer temelli bakım kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır (Bonde ve diğerleri, 2018; Terrell, 2018). Aslında değer temelli bakımla, sunulan bakımın kalitesini dikkate alarak ödeme yapan, hem verimlilik hem de etkinlik sağlanmasıyla sağlık bakımı sunanları ödüllendiren kurumsal bir modelden bahsedilmektedir (DCHS, www2.deloitte.com, 2017, s. 8; LaPointe, 2016). Değer temelli bakım; daha iyi sağlık, daha iyi bakım ve düşük maliyetle sonuçlanmalıdır (Caron, 2017, s. 19). Aynı zamanda değer temelli sağlık bakımı ile hizmet sunucuları; hastalarla iletişim kurma, her bireyin koşullarına uygun bakım sağlama, yeni teknolojilere yatırım yapma; süreçleri, performansları ve verileri değerlendirme ve takım çalışmasına önem verme yönünde teşvik edilmektedir (Hodgin, 2019). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde sonuç ölçümlerine verilen önemle hastaların sağlık durumunun önemli ölçüde iyileştirilmesi beklenmektedir (Ebbevi, Forsberg, Essén ve Ernestam, 2016, s. 203).

Değer temelli sağlık hizmeti ise, nüfus artışı ve kaynakların yetersizliği ile başa çıkmak için yeni bir strateji olarak geliştirilen sağlık hizmeti sunan kurumların geri ödeme yöntemleri içine değer dâhil edilmesini dikkate alan makro ölçekte (ulusal ölçekte) bir sistemdir (Bonde ve diğerleri, 2018, s. 1113). Mikro ölçekte değerlendirilebilecek değer temelli bakım modelinde ise ödemeler, hastanın sağlık sonuçları ve / veya bakım kalitesi ile ilişkilendirilir (Terrell, 2018, s. 2). Ayrıca hastanın sağlık durumu ve sonuçları da dâhil olmak üzere sağlık hizmetinin kalitesiyle ilgili bilgileri bir araya getiren ve sağlık harcamalarına ilişkin verileri içeren bir sistemdir. Gereksiz bakımı azaltmak ve en iyi performans gösteren sağlık personellerini belirleyip ödüllendirerek, sağlık sistemini yönetmeye odaklanmaktadır (Trautman, 2011, s. 30). Bu yöntem, ödemeleri kullanılan bireysel hizmetlerin sayısı ve türüne bağlayan, geleneksel hizmet modellerinden farklı olarak verilen hizmetlerde hasta ve toplum için oluşturulan değere odaklanan bir sağlık hizmetidir.

Bu iki kavramın genel olarak odaklandığı temel ortak nokta, “hizmeti satan ve hizmeti satın alan her iki taraf içinde değer yaratan bir ekonomik durum” sağlamaktır (Altunışık, 2015, s. 38) yani değer temelli bakım ya da hizmetle sunulan hizmetlerin asıl amacının minimum maliyetle değer yaratmak olduğu söylenebilir. Sonuç olarak değer temelli sağlık hizmetleri ile sağlık sonuçları ile bakım maliyetleri arasında bağlantı

kuran bir sağlık hizmeti sunumuna y6nelik ulusal 6l6ekte bir sistem kurgulanmasından bahsedilirken, diğerinde ise bu sistem i6erisinde sunulacak hizmetlerin 6zellikleri ve 6ncelikleri ortaya koyulmaktadır. Anlam karmaşıklığıını gidermek adına değer temelli sağlık hizmeti i6in makro 6l6ekte yani ulusal 6l6ekteki sağlık hizmetlerinin değerinin esas alınması, değer temelli bakım hizmetleri i6in ise mikro 6l6ekte yani kurumsal bazda verilen bakımın değer temelli 6retilmesinin esas alınması şeklinde bir ayırımın yapılmasının gerekli olduğu s6ylenebilir.

Değer temelli sağlık sistemleri, bakımda yeni bir d6neme girerek kalite ve memnuniyetin de bakıma d6hil edildiği, kişi başına sağlık bakım maliyetini d6ř6ren, hasta bakım deneyimini ve n6fus sağlığını iyileştiren bir sistem oluşturmayı ama6lamaktadır. Bu a6ıdan kaliteyi artırıp, maliyeti azaltarak veya her ikisini de yaparak sağlık hizmetleri i6erisindeki değerin arttırabileceği d6ř6n6lmektedir (MacLean, 2017, s. 55). Değer temelli yaklaşımların ana 6nceliği, veri odaklı bir bakım sistemiyle birlikte geri 6deme, izleme ve hizmet iyileştirme sistemi oluşturmak olduğundan, karşılaştırılabilir verilerin başarılı bir şekilde 6retilmesi i6in bir değer tanımı belirlenmeli ve benimsenmelidir (Mkanta ve diğerleri, 2016, s. 403). Değer yaratma ve iyileştirme yaklaşımlarının geliştirilmesinde değerin anlamı, sağlık hizmetleri paydaşlarına bağlı olarak değişmektedir (Mkanta ve diğerleri, 2016, s. 403; Yong ve diğerleri, 2010, s. 8). Bu a6ıdan da değerin farklı perspektiflerden tanımlanması daha iyi anlaşılması a6ısından 6nemlidir (Yong ve diğerleri, 2010, s. 8).

1.2. Sağlık Hizmetinde Değer

Sağlık hizmetinde değer, en basit ifade ile kalitenin maliyete oranıdır (Wegner, 2016, s. 276). Burada ifade edilen değer: Harcanan bir dolar başına ulaşılan hasta sağlığı sonu6larıdır (Porter ve Teisberg, 2006, s. 4).

En basit haliyle değer (Kolarczyk ve diğerleri, 2017, ss. 3–4);

Değer= Kalite / Maliyet olarak form6le edilmektedir.

Sağlık hizmetindeki değerin maliyete ilişkin sonu6lar olarak değerlendirildiği konusunda g66cl6 bir anlaşma olsa da, tek başına maliyet tasarruflarının değer temelli yaklaşımların başarısını 6l6mesi doğru değildir. Bunun yerine, değer 6l66mleri, hasta

merkezli bakımı etkileyen unsurlar gibi maddi olmayan faydaları da dikkate almalıdır (Mkanta ve diğerleri, 2016, s. 403).

O halde hem maddi hem de maddi olmayan değer bileşenlerini yakalayan daha kapsamlı bir tanım ise; en az kaynakla ihtiyaçların karşılanması sonucu maddi ve maddi olmayan faydaların artırılmasıdır. Aşağıdaki denklemlerle ifade edilir (Kolarczyk ve diğerleri, 2017, ss. 3–4):

$$\text{Değer} = \frac{\text{İhtiyaçların karşılanması (maddi ve maddi olmayan fayda)}}{\text{Kaynakların kullanımı (para, insanlar, zaman, enerji ve malzeme kaynakları)}}$$

Ancak değişken sayısı fazla olduğu için değer, kliniklere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri açısından değer; alınan sağlık hizmeti sonucunda hastalardan elde edilen çıktılar ve hasta deneyiminin, alınan hizmetin toplam maliyetine olan oranı olarak formüle edilebilir:

$$\text{Değer} = \frac{(\text{Klinik Sonuçları}) + (\text{Hasta Deneyimi})}{\text{Kişi Başına Toplam Maliyet}}$$

2007 yılında Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine- IOM) tarafından etkili sağlık bakımı için gerekli olan altı boyut belirlenmiştir. Bu boyutlar; güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve eşit hizmetten oluşmaktadır (AHRQ, www.ahrq.gov, 2018). Bu boyutlar ile değer tanımı birleştirilerek değer temelli sağlık hizmetlerinde değer, aşağıdaki şekilde formüle edilmiştir (Kolarczyk ve diğerleri, 2017, s. 4):

$$\text{Değer} = \frac{[(\text{Güvenli} - \text{Etkili} - \text{Hasta Merkezli}) / (\text{Zamansız} - \text{Verimsiz} - \text{Maliyet})] \times \text{Eşitlik}}$$

Başka bir açıdan bir hastanın tıbbi durumunun bakımı için tüm bakım döngüsü boyunca değer ölçülür ve şöyle formüle edilir (Porter, 2014, s. 6):

$$\text{Değer} = \frac{\text{Hasta için önemli olan sağlık sonuçları}}{\text{Sonuçları sağlama maliyetleri}}$$

- *Formülde yer alan sonuçlar;* bir hastanın bakım döngüsündeki durumuna ilişkin tam sağlık sonuçları setidir,
- *Formülde yer alan maliyetler ise;* bir hastanın bakım döngüsündeki durumu için toplam bakım maliyetidir (Porter, 2014, s. 6).

Sonuçlar ve kalitenin iyileştirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi veya her ikisinin de iyileştirilmesi ile sağlıkta değerin artırılabilmesi mümkündür (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2198).

Alan yazında hasta, kurum ve çalışan açısından değerin farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir (Fakkert ve diğerleri, 2017, s. 115; Graber ve Kilpatrick, 2008, s. 180; Kolarczyk ve diğerleri, 2017, s. 3; Mkanta ve diğerleri, 2016, s. 403; Terrell, 2018, s. 3; Wegner, 2016, s. 276; Yong ve diğerleri, 2010, s. 6; Zywiell ve diğerleri, 2017, s. 1305).

1.2.1. Hasta Açısından Değer

Hasta açısından değer, geleneksel olarak tanımlanmış sağlık arayışı hedeflerine her zaman açıkça uymamaktadır. Genel olarak hastalar, iyileşme ve yan etkiler arasında nadiren doğrudan bir denge kurarlar ancak bu süreçte çok çeşitli içsel ve bağlamsal faktörlerden etkilenirler. Bu etki bir gerilim yaratır. Dolayısıyla bu gerilim, değer çerçevelerinin geliştirilme biçimine de yansır (Addario ve diğerleri, 2018, s. 59).

İki tür hasta değerinden bahsedilmektedir. Bunlar, (1) Bireysel düzeyde hasta değerleri (2) Toplum düzeyinde hasta değerleridir (Addario ve diğerleri, 2018, s. 58):

Bireysel düzeyde hastaların değer anlayışı, bireysel, kendine özgü ve kişisel deneyime, becerinin yorumlanmasına ve diğer faktörlere dayanır. Bireysel düzeyde değer anlayışı aynı zamanda yaş, cinsiyet, eğitim, aile ve arkadaşlar, iş ve kariyer durumu, finansal durum gibi özelliklerden etkilenir.

Toplum düzeyinde hasta değerleri, sosyal, dini ve kültürel faktörler ve hastaların yaşadığı sağlık ortamı tarafından şekillendirilir.

Alınan bir hizmet sonucunda hizmeti alan kişinin, hizmetten algıladığı faydaları ve maliyetleri kendi zihninde analiz etmesi sonucunda o hizmetle ilgili algılanan değer meydana gelmektedir. Bir hastanın herhangi bir sağlık hizmetinden yararlanmak için katlanmak zorunda olduğu zaman, ücret ve stres; katlanılan maliyetlerle, aldığı hizmet sonucunda ne derecede sağlığında iyileşme olduğu algılanan yararlarla ilgilidir. Algılanan maliyetlerin algılanan faydalardan daha az olması hizmet sonucundaki algılanan değerin daha yüksek olmasını sağlamaktadır (Dursun ve Çerçi, 2004, ss. 4-5).

Ayrıca, değerler statik değildir, ancak bu değerler, hastanın kişisel koşulları ve hastalık ve tedavi deneyimi, hastalığın seyri boyunca değişecektir, bunların yanı sıra prognozdaki (hastalık seyri) değişimleri, hastalığın ciddiyetini, komorbiditeleri (eş zamanlı hastalıkları), mevcut tedaviyi veya palyatif tedavi seçenekleri gibi olayları yansıtır. Buna bağlı olarak hastalardan girdi alan bazı sağlık hizmetleri, karar verirken göz önünde bulundurulması gereken önemli kriterler olarak toplumsal değerlere ve faydalara odaklanırken, diğerleri ise tek bir hasta için önemli olan bireysel değerleri ve faydaları ön planda tutmaktadır (Addario ve diğerleri, 2018, ss. 58–59).

Hizmet sunumunda hizmeti satın alanların (hasta ve yakınlarının) amacı, kendileri tarafından harcanan para, zaman ve çabanın karşılığında bir değer elde etmektedir (Altunışık, 2015, s. 38). Sağlık hizmetlerinde de hasta açısından değer, “nasıl bir sağlık hizmeti alıyorum ve aldığım bu sağlık hizmetinin maliyeti ne kadar?” sorusuna verilecek olan cevaba bağlı olarak gelişmektedir (Wegner, 2016, s. 276). Bu süreçte, değer temelli sağlık hizmeti ilkelerinin, faydaların hastanın bakış açısından değerlendirilmesinin gerektirdiğini kabul etmek önemlidir (Zywiell ve diğerleri, 2017, s. 1305) Çünkü günümüzde hizmet sektöründe, kullanıcıların, aldıkları hizmetle ilgili değer yaratma sürecine katılmaları (Altunışık, 2015, s. 38) ve sağlık hizmetlerinde hasta bakışıyla değer dikkate alınması son derece önemlidir.

Değer temelli sağlık hizmetinde hastalar, kendi sağlık ve bakımlarıyla ilgili karar verme sürecine dâhil edilerek bir ortaklık kurulmaktadır. Bu ortaklık sağlık hizmetinde ödeme ve dağıtımın başarılı bir şekilde dönüştürülmesinin anahtarı olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri kuruluşları ile hastalar / hizmet kullanıcıları arasındaki ortaklıklar, sadece bireysel sağlık hizmeti karar verme düzeyinde değil, aynı zamanda klinik bakım modellerinin tasarımında, bakım noktası da dâhil olmak üzere tüm bakım düzeylerinde gerçekleşmektedir. Sağlık hizmeti kullanıcılarının katılımlarıyla elde edilen veriler tüm değer temelli bakım sağlama programlarının tasarımı, uygulaması ve değerlendirmesini önemli ölçüde şekillendirmektedir (The Health Care Transformation Task Force, 2016, s. 7).

Ayrıca değer temelli sağlık hizmeti ile hastalar; hekimlerin ve hastanelerin hangilerinin aynı ya da daha düşük maliyetle daha iyi bakım sağladığını, hangi ilaçlar, cihazlar ve işlemlerin onlar için en iyi şekilde nasıl kullanılacağını da bilmektedir (BCG,

www.bcg.com, 2019). Bu bilginin sağlık sistemi içerisine kazandırılması önemli bir değerdir. Daha fazla seçenek ve bilgi mevcut olduğunda, tüketiciler sağlıklarına ilişkin uygulamalarda giderek daha aktif bir rol oynamaktadır (Friedeman, 2018). Bununla birlikte sağlık sektöru karmaşık bir sistemdir. Kalite, değer ve hizmet kullanıcısının göstermiş olduğu sadakat, birbiriyle ilişkilidir ve birbirlerini hasta açısından değer yaratmada etkilemektedir (Lee, 2010, s. 16).

Hizmet sunumuna hastanın bakış açısını da dâhil etmek çıktılar açısından önemli bilgiler sağlamaktadır. Çünkü bu bilgiler, hastaların bakış açısı sadece hekimini ne kadar sevdiğiyle ilgili değil aynı zamanda komplikasyonlar, acı ve günlük yaşam aktivitelerine dönüş hakkında da geri dönüşleri içermektedir (Wegner, 2016, s. 276). Ayrıca daha fazla seçenek ve bilgi mevcut olduğunda, tüketiciler sağlıklarına ilişkin uygulamalarda daha aktif bir rol oynamaktadır (Friedeman, 2018).

Hasta düzeyinde değer gelişimi, kalite, iletişim, bilgi ve şeffaflıkla ilgilidir. Hastalar değeri, en çok sağlık hizmeti sunanlar (genellikle de hekimler) ile ilişkileri açısından değerlendirirler. Bu ilişkinin maliyet ve çıktılar açısından uygulama sonuçları, bazı programların başarısına bağlıdır. Örneğin en iyi uygulamalar ve maliyetler ile buna göre ödüllendiren ödeme yapıları hakkındaki bilgilere hastaların pratik, sürekli ve kesintisiz erişimin geliştirilmesi bu programlardan biridir (Yong ve diğerleri, 2010, ss. 6–7). Ancak hastalar adına değer yaratmak için sonuçlar, uzmanlık alanı veya müdahaleye bağlı olarak değil, tıbbi durumlara bağlı olarak ölçülmelidir. Sonuçlar, belirlenmiş bir durum için tam bir bakım döngüsünü kapsamalı yani verilen bakım süreci tamamlandıktan sonra da hastanın sağlık durumunun izlenmesini de dâhil etmelidir (Porter ve Thomas H. Lee, 2013).

Yönetimin amaçlarından biri de doğru kişilerin doğru zamanda doğru şeyi yapmalarını sağlayan, riske duyarlı bir kültür geliştirmektir. Ancak bu kültür paydaş değerini örgütsel yapıya bağlayan süreçler ve iş süreçlerini denetleyen yönetim sistemleri ile pekiştirilir. O halde kurumsal yönetim konusundaki söylemleri iyileştirmelere dönüştürmek için güçlü performans raporlama süreçleri, risk yönetimi yapıları ve kontrollerin etkinliğine odaklanması gerekmektedir. (Stein, 2003, s. 85). Hastanede hizmet sunumlarda doğru tedavi, doğru hasta için, doğru insanlar tarafından

olabildiğince erken verildiğinde morbidite ve mortalite azalmaktadır (Mazur ve Ellis, 2014, s. 423).

Bu nedenle de alınan sağlık hizmeti sonucunda elde edilen hasta değeri, sağlık sonuçları ile doğru insanlar tarafından doğru yerde, doğru zamanda, doğru hizmetin minimum maliyetle verilmesi olarak tanımlanır. Bu tanım, şu şekilde formüle edilmektedir (Fakkert ve diğerleri, 2017, s. 115);

$$\text{Hasta Değeri} = \text{Sağlık sonuçları} / \text{Maliyetler.}$$

Bu formülde yer alan sağlık sonuçları, hastanın beklediği iyileşmeye ulaşmasının yanı sıra bekleme listelerinin uzunluğu, hekimin iletişim becerisi, güler yüzlüğü veya hastane kalış süresi içerisinde aldığı kahvenin veya kahvaltının tadının ne kadar iyi olduğu gibi konularını içerir. Hastalar için değere odaklanırken, birkaç zorluk ortaya çıkabilir. Birincisi, hastalar için değer anlamı, hastadan hastaya ve sağlık hizmetlerinde paydaşlarına göre farklılık göstermektedir. İkincisi, tüm hastalar aynı hastalık için aynı tedaviyi almazlar. Hastalar ve hasta yakınları tercihlerine göre farklı muamele görmek isterler. Üçüncüsü, hastaya ilişkin sonuçlar bakımından bakım sunum kalitesinin hastaneler arasında farklılık göstermesidir. Hastalar açısından değere ilişkin gelişebilecek bu çeşitlilik değer ölçümünü ve karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır (Fakkert ve diğerleri, 2017, s. 115).

1.2.2. Kurum Açısından Değer

Saffrit (1990)'e göre ise kurumlar için değerlerin tanımlanması, netleştirilmesi ve stratejik programları değişiklik yapmadan önce değerlendirilmesi gerekmektedir (Shatalebi ve Yarmohammadian, 2011, s. 3704). Kurumlar açısından değer yaratmak, hizmet alanlara daha önce almış olduğu hizmetten tatmin olan bireylerin kuruma bağlı bireyler haline getirilmesini sağlamaktır. Hizmet sunan kurumların başarıları, sundukları hizmetlerdeki bu değeri yaratabilme yeteneklerine bağlıdır (Altunışık, 2015, s. 38). Memnuniyeti yaratmak ve değer oluşturmak için gerek hastaneler gerekse de sigorta kurumları, klinik ortamın ötesinde daha hasta odaklı bir yaklaşım benimsemektedir. Bu amaçla kurumlar değer yaratmak için hastanın içinde bulunduğu tıbbi durumunu tanımlayan, mevcut sağlık sorunlarını doğru çözümlerle tedavi eden,

hasta sağlığını koruyan ve daha fazla komplikasyonları önleyen yöntemlere odaklanmaktadır (Friedeman, 2018). Ayrıca tüm sağlık hizmeti sunanların klinik hizmetler adına geri ödeme talep etmek için hastaya getirdikleri değeri tanımlamaları ve göstermeleri gerekmektedir (Kolarczyk ve diğerleri, 2017, s. 3).

Yapılacak farklı müdahalelerin değerleri kıyaslandığında hastanın sağlığı açısından değer aynı ise, diğerine göre daha az maliyetli olan hizmet tercih edilmelidir (G. C. Brown, Brown ve Kertes, 2008, s. 206). Sonuç olarak, sağlık hizmeti sağlayıcılarından ya da kuruluşlarından aşığıda sunulan geleneksel denkleminin ötesine geçen ilgi çekici deneyimler sunmaları beklenir (Friedeman, 2018):

$$\text{Değer} = \text{Bakım} / \text{Maliyet.}$$

Bu amaçla, özellikle hastaneler ve sigortacılar olmak üzere tüm sağlık hizmeti veren kuruluşlar, daha hasta odaklı bir yaklaşım benimsemeli ve klinik ortamın ötesinde temas noktaları oluşturmalıdır. Odak, hastanın benzersiz tıbbi durumunu tanımlayan, mevcut sağlık sorunlarını doğru çözümlerle tedavi eden, hasta sağlığını koruyan ve daha fazla komplikasyonları önleyen yöntemlere yönelmelidir. Bu yönelimi desteklemek için sağlık kuruluşları, hasta katılımı yolculuğunda hizmet kullanıcıları için kişiselleştirilmiş deneyimler sağlayan teknolojiler ve yaklaşımlar benimsemeliler. Hizmet kullanıcıları yani hastalar, bireysel sağlık ihtiyaçlarının ve hedeflerinin, sağlayıcılar ve kuruluşlar tarafından umursandığını ve önemli olduğunu bilmek isterler. Dolayısıyla sağlık kuruluşları randevuları planlamayı kolaylaştırmak ve sağlık bilgilerini görüntülemek için tasarlanmış uygulamalar oluşturılmaktan tutun değerli ve kişiselleştirilmiş pazarlama kampanyalarına kadar rekabet amacıyla farklılaşmak ve hastalara katma değer sağlamak için sağlık sorunlarını tedavi etmenin ötesine bakmalıdırlar (Friedeman, 2018). Bu anlamda hastanelerden sundukları değeri teşvik edecek, ölçecek ve görünür kılacak şekilde faaliyet göstermeleri istenmektedir (Jensen ve Ward, 2016, s. 84).

Sağlık kuruluşları, “Hastanemiz hizmet verilen hastalarımıza ve aile üyelerine en üst düzeyde hasta bakım kalitesini sağlayarak hizmet vermeyi amaçlar” gibi uygulama ve davranış tutumlarını içeren ilkelerini misyon ifadelerinde listelemektedir. Bu ilkelerin temelinde yatan değer, kalite olarak ifade edilmektedir (Graber ve Kilpatrick, 2008, s. 180). Hastalar ve sağlık personeli arasında bilgi kaynağı olan kurumların değer

yaratmak için, sağlık hizmeti sunanlara nasıl daha etkin bir şekilde hizmete ortak olacakları ve hastalara nasıl daha iyi bakım sağlayacakları konusunda eğitim vermesi gerektiği düşünülmektedir (AF4Q, www.rwjf.org, 2013). Çünkü hizmet sektöründe hizmet sunumu sırasında kurumda iletişim akışını sağlayan çalışanlar, hizmet alanların hizmetle ilgili deneyimlerini olumlu veya olumsuz olmasını doğrudan etkilemektedir (Altunışık, 2015, s. 36).

Sağlık kuruluşları ile hasta arasındaki ilişkiyi güçlendiren hasta merkezli deneyimler oluşturmak, değer temelli bir model için anahtar bir bileşendir. Değer temelli sağlık hizmetleri yaklaşımı benimsedikçe sağlık hizmetleri sağlayıcıları önemli bir sorumluluk üstlenmektedir. Gelişen bu yaklaşım, hastalarla hizmet sağlayıcıların birlikte çalışmasını gerekli kılmaktadır (Friedeman, 2018).

Hastaları anlayabilmek, değer temelli bakımın ana unsurudur. Hastanede yatış riski en yüksek olan, sağlık masraflarını artırma eğiliminde olan; kalp yetmezliği, kanser, böbrek yetmezliği ve akciğer hastalıkları gibi, kronik ve karmaşık hastalıklarla birçok hasta mücadele etmektedir. Kurumlar; hastaları bu anlamda anlayarak, hedef popülasyonların ve gelişim için fırsatlarının belirlemesine, hangi hastaların en yüksek bakım maliyetine ihtiyaç duyduğunu belirleyerek bu bilgilerle modelin gelişmesine yardımcı olmaktadır (Terrell, 2018, s. 3).

Değer temelli sağlık hizmetinde mükemmel bir değeri yaratmak, bazı konuları dikkate almayı gerektirir. Bunlar: (Fakkert ve diğerleri, 2017, s. 117):

- Hasta merkezli bakım sunmayı,
- Hasta değeri için ortak bir tanım ve sağlık alanındaki tüm paydaşlar için ortak bir dil sağlamayı,
- Hastaları, ailelerini, hekimleri ve ekiplerini odak noktası haline getirmeyi,
- Benzer tıbbi durumları olan hastalar için farklı tercihleri ancak benzer bakım yollarını takip etmeyi,
- Bakımın kalitesi, hastaya ilişkin doğru sonuç ölçütlerini ölçerek arttırmayı sağlamaktadır. Bu da sağlık ekibi için zorlayıcı öğrenme döngülerini yaratmaktadır.

Sağlık hizmeti sunanlar, vermiş oldukları değer temelli bakım sonucunda önemli avantajlar yakalamaktadır. Özellikle değer temelli hizmet sunumuyla elde edilen tıbbi sonuçlara dayanarak daha fazla hasta, sevk ve ödeme desteği alınmaktadır (BCG, www.bcg.com, 2019). Ayrıca bazı sağlık hizmeti sunan kurumların; sosyal yardım kuruluşları ile bağlantılar geliştirerek, kurumlar arası iletişime ve bakımın sürekliliğine odaklanmaya yönelik planlarla, daha düşük maliyetle daha iyi çıktılar elde ederek değer yarattığı görülmektedir (Yong ve diğerleri, 2010, s. 6).

Aslında değer temelli sağlık hizmeti, gerek kuruluşları (Friedeman, 2018), gerekse de sağlık personelini, hastalarına sundukları hizmetinin sonucu olarak hem maliyet hem de bakım kalitesinde sorumluluk almak için teşvik etmekte ve itici bir kuvvet olmaktadır (Trautman, 2011, s. 30).

1.2.3. Sağlık Personeli Açısından Değer

Sağlık hizmeti sunucuları içinde yer alan hekimler, hasta değerinin anlamını hekimlerin becerilerine, geliştirilmiş tıbbi laboratuvar sonuçlarına veya iyi ameliyatlara dayandırır. Bu ölçümler, temel olarak tedavi veya müdahale perspektifine dayanır. Ayrıca değer temelli sağlık hizmetleri, hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına yaptıkları görevlerini en iyi şekilde yapma konusunda yetki vererek değer yaratmada yardımcı olmaktadır. Ayrıca değer temelli sağlık hizmeti, klinik olarak uygun ve kanıta dayalı bilgilerin kullanımını sağlayarak mükemmel hasta değeri sağlar (Fakkert ve diğerleri, 2017, ss. 115–116).

Hastaneler ve sağlık sistemleri, değer temelli bakıma ve kaliteye odaklanmaya yöneldikçe değer yaratacak bir hizmetin üretiminde rol alan bireylerin yani çalışanların sürece katılımı daha da önemli hale gelir (Decker, Mitchell ve Rabat-Torki, 2016, s. 62). Değer temelli sağlık hizmetleri, öğrenmeye odaklanır. Bu öğrenme kurum yanı sıra çalışanlar tarafından gerçekleşir. Tıbbi liderlik yapan ve bir öğrenme kültürü yaratmayı sağlayan hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, değer temelli sağlık hizmetlerinin uygulanması için kilit öneme sahiptir. Ayrıca değeri iyileştirmeyi öğrenmek gerek hastalar için memnuniyet sağlar gerekse de hekimleri ve ekiplerini motive eder. Sağlık personellerinin hastalar için mevcut olan değerini nasıl iyileştireceğini öğrenmesi, hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetini de sağlar. Memnun edilen bir

hastadan gelen bir geri dönüş ise, hekimleri ve ekiplerini motive eder (Fakkert ve diğerleri, 2017, ss. 115–117).

Sağlık hizmetlerinden elde edilen değere odaklanmak, sağlık bakım hizmeti sunanların duyarlılığını arttırmasına, ilerleme için çeşitli programlardan, analitik araçların geliştirilmesinden; hizmet sağlayıcıların, kurumların ve müdahalelerin etkinliğini ve verimliliğini değerlendirilmesine, hasta merkezli tıbbi sağlık programlarının oluşturmasına kadar uzanmaktadır (Yong ve diğerleri, 2010, s. 6).

Sağlık çalışanları sağlık sisteminde içerisinde değer yaratabilmek ve yüksek kalitede bakım sağlayabilmenin koşulu olarak morallerinin yüksek tutulması adına gerekli teşviklerin sağlanması gerektiğini belirtmektedir. Bu açıdan moral iyileştirmenin hedeflenmesi çok önemlidir ancak moralin ölçülmesi bir o kadar da zordur. Her ne kadar kültür veya politika hedeflerine ilişkin alınacak bu kararların sonuçları belirsiz olsa da, değer modeli bu açıdan faydalı bir fonksiyon olarak görülmektedir (Lee, 2010, s. 16).

Sonuç ölçümlerinin tıbbi bir durum etrafında tanımlanması ve yönetilebilir ve uygulanabilir olması gerektiğine dikkat etmek önemlidir. Hekimler ve ekipleri daha sonra hastalara sundukları bakımın kalitesini arttırmak için kendiliğinden motive olurlar. Tek ihtiyaçları olan, ölçme araçları, doğru ve değerli sonuçları görselleştirme yeteneğidir (Fakkert ve diğerleri, 2017, s. 115).

1.2.4. Geri Ödeme Kurumları Açısından Değer

Değer temelli sağlık hizmetlerinde yer alan değer temelli ödeme, yapısında hastaları içerdiği gibi hastaneler, sağlık kuruluşları, tıbbi teknoloji-cihaz şirketleri ve sigorta şirketlerini de yapısında içermektedir (Pan, 2017, s. 344). 1990'lardan bu yana kaliteyi arttırarak maliyeti düşürmeyi çalışan ve devlet, sağlayıcı kuruluşlar ve sigorta şirketlerinin yapmış olduğu çalışmalarının yanında Uygun Bakım Yasası (Affordable Care Act) ile sağlık hizmetinin değerini arttırmak adına reformlar başlatılmıştır. Reformlar ile birlikte bu kuruluş ve sigorta şirketleri için değer temelli ödeme ile klinik kalite, hasta deneyimi ve maliyet gibi özel önlemlerle hizmet sağlayıcısının performansına dayalı finansal kazanımlarını ve risklerini dengeleyen geniş bir ödeme

modeli yelpazesi sunmaktadır (Chee ve diğeri, 2016, s. 2197). Sağlık harcamalarının artmasının ve sunulan hizmetin kalitesinin düşmesinin nedeni olarak hastalara sunulan sağlık hizmetlerindeki koordinasyon eksikliği gösterilmektedir. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde bulunan sigorta şirketleri değer temelli sağlık hizmetinde değer yaratmak, kaliteyi arttırmak ve maliyeti düşürmek adına aile hekimliğini zorunlu tutmaktadır. Hastalara sunulan bakımın aile hekimleri tarafından düzenlenmesinin maliyeti azaltarak kaliteyi arttırdığı yapılan çalışmalar sonucunda kanıtlanmıştır (Deniz ve Hobikoğlu, 2011, s. 161).

Kabul edilebilir ve ortak bir değer tanımının geliştirilmemesi, değer temelli uygulamaların amaçlanan faydalarının elde edilmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum, sağlık uzmanları ve kuruluşların değer temelli ödemeyi benimsemelerinde ki gecikmelere o da sağlık hizmetlerinin istenen standartları yakalayamamasına ve bunun sonucunda yeni maliyet tehditlerine neden olmaktadır. Ayrıca, değer ölçümlerindeki karışık ve belirsiz tanımlardan dolayı veri doğruluğuna bağlı araştırma ve değerlendirme çalışmaları olumsuz etkilenmektedir (Mkanta ve diğeri, 2016, s. 403).

Bu açıdan da sağlık hizmeti sektöründe değer modelini araştırmak ve sınıflandırmak için; bir değer listesi geliştirmek, hastalardan elde edilen her değeri bir hedefe dönüştürmek, hedefleri yapılandırmak ve hedefler ile ilgili önlemleri belirlemek gibi teorik yaklaşımlar çözüm olarak ele alınabilir (Lee, 2010, s. 16).

Pessaux ve Cherkaoui (2018, s. 127)'e göre değer temelli sağlık hizmetleri adı altındaki bu yaklaşım var olan alışkanlıkları değiştirerek; verilerin izlenmesini, raporlanmasını aynı zamanda sağlık hizmetinde etkin olan sağlık personeli dâhil tüm aktörlerin koordineli bir şekilde ortak noktada uzlaşarak, esnek ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti yaratmasını sağlayan yeni çözüm olarak görülmektedir.

1.3. Değer Temelli Bir Sağlık Hizmet Sunum Sistemi

Değer temelli sağlık hizmeti, belirli bir durum için aynı veya daha düşük toplam maliyetle daha kaliteli hasta sonuçları sunmaktır. Başka bir ifade ile en düşük maliyetle en iyi sonuçları elde etmek anlamına gelmektedir (Sorrel, 2015, s. 26). Değer temelli sağlık hizmetlerinin paydaşları olarak aşağıdakiler değerlendirilebilir (Baumhauer ve

Bozic, 2016, s. 1378; M. M. Brown ve Brown, 2013, s. 183; LaPointe, 2016; Miller, 2009, s. 1418; Zangerle, Harris, Rimmasch ve Randazzo, 2016, s. 318):

- Hastalar ve yakınları başta olmak üzere tüm hizmet kullanıcıları
- Hizmet sunucular
- Finanse eden yani ödeme yapan kurumlar
- Tedarikçiler
- Politika yapıcılar
- Toplum vs.

Porter (2014, s. 6)'a göre paydaşlar açısından bakıldığında değer temelli bir sağlık hizmeti oluşturmak için (Porter, 2014, s. 6):

- 1) Her hasta için sonuçlar ve maliyetler ölçülmeli.
- 2) Bakım döngülerinde “Paketli Ödeme” şeklinde ödemeler olmalı
- 3) Entegre Uygulama Birimi (IPU) sisteme dâhil edilmeli
- 4) Coğrafi erişimi genişletilmeli
- 5) Bilgi teknolojisi platformu oluşturulmasına izin verilmeli
- 6) Hasta tıbbi koşulları çevresindeki Entegre Uygulama Birimleri (IPU) ile bakım düzenlenmeli
 - a) Birincil ve önleyici bakım, farklı hasta segmentlerine hizmet etmek için örgütlenmelidir.

Entegre Bakım: Hastanelerde yer alan entegre bakım birimi; ortak bir hedefe sahip bir ekip ile hastanın sağlık sonuçlarını, mümkün olduğunca zaman ve kaynak israfının önüne geçerek, verimli bir şekilde değerlendirmek amacı ile çalışır. Bu amaç doğrultusunda sağlık hizmeti sunanlar, hasta ziyaretlerinde sanal etkileşimler ve grup ziyaretleri de dâhil olmak üzere daha etkili ve verimli yöntemlerle bakımı iyileştirmek için farklı yerlerde olsalar bile ekip olarak çalışmaktadır (Porter ve Thomas H. Lee, 2013).

Entegre Uygulama Biriminin (IPU) Özellikleri (Porter, 2014, s. 13):

- Bakım, zamanının önemli bir kısmını tıbbi duruma adayarak özel, çok disiplinli bir ekip tarafından sağlanır. Ekip, durumun ayakta, yatılı ve rehabilitasyona yönelik bakımın yanı sıra destekleyici hizmetleri (beslenme, sosyal hizmet ve

davranış sağlığı gibi) kapsayan tam bakım döngüsünün sorumluluğunu üstlenir. Bakım, bir hekim ekibinin Şefi ve her hastanın bakım sürecini denetleyen bir bakım yöneticisi tarafından yönetilir.

- Hasta eğitimi, katılım ve takip bakıma entegre edilmiştir
- Tek bir idari ve zamanlama yapısını kullanılır.
- Ortak bir ölçüm platformu kullanılarak her hasta için sonuçlar, maliyetler ve süreçler ölçülür. Sağlık hizmeti sağlayıcıları; hastaları, süreçleri ve sonuçları tartışmak için düzenli olarak resmi ve gayri resmi toplantılar yapan bir takım olarak çalışır.
- Çıktılar ve maliyetlerin izlenebilmesi adına hesap verebilirlik ve Őeffaflık dikkate alınır.

Sağlık hizmeti sunumunda değerin belirlenmesi ve iyileştirilmesi için yapılması gerekenler Şu Şekilde ifade edilebilir (BCG, www.bcg.com, 2019):

- Yüksek kaliteli çıktılarından elde edilen verilerin detaylı analizi
- Kullanılabilecek mevcut en iyi uygulamaların belirlenmesi
- Belirlenen bu uygulamaların, klinik uygulamalarda istenmeyen durumları azaltmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için geliŐtirilmesinin ve yaygınlaŐtırılmasının sağlanmasıdır.

Değer temelli yaklaşımda bu yöntemlerle beraber daha titiz bir metodolojiyi izleyerek entegre hizmetin aşağıdaki uygulamaları kapsaması gerektiği söylenebilir (Pessaux ve Cherkaoui, 2018, ss. 125–126);

- Her bir sağlık hizmeti için ölçüm göstergeleri, klinik, organizasyonel verileri ve hastanın beklentilerini entegre ederek tanımlanması,
- Veri toplanmasını ve tüm verilerin düzenli olarak, tamamen Şeffaf bir Şekilde karşılaŐtırılmasının sağlanması,
- Sağlık sonuçlarını (çıktıları) etkileyen faktörleri anlamayı,
- Sağlık hizmeti içinde bulunan her bir aktöre sorumluluk duygusu kazandıran, dürüst bir Şekilde uygulanmasını destekleyen finansman modelini uyarlamayı amaçlamalıdır.

Değer temelli bir sağlık hizmetinin başarısı, her şeyden önce, yüksek kaliteli, uygun maliyetli, klinik bakım sağlama konusundaki çabaya dayanır. Çünkü bu sistemin geliri optimize etmek, işbirliği, raporlama ve hasta memnuniyetini sağlaması için gerekli teknolojileri ve süreçleri bir araya getirebilen çok disiplinli bir ekibin çabalarını gerektirmektedir (Jensen ve Ward, 2016, s. 84). Bu nedenle de değer temelli sağlık hizmetine hazırlanmak için yapılması gereken beş adım ise (Terrell, 2018, s. 2);

- Hasta popülasyonunun ve fırsatların belirlenmesi
- Bakım modelinin tasarlanması
- Uygun kullanım için yönlendirilmesi
- Başarı için ortaklardan yararlanılması
- Etki miktarının ölçülmesi ve sürekli iyileştirilmesidir.

Bu adımlar şu şekilde açıklanmaktadır (Terrell, 2018, ss. 3–8):

1. Hasta popülasyonunun ve fırsatların belirlenmesi:

Hastaları bilmek, değer temelli bakımın temelidir. Hastanede yatış riski en yüksek olan veya acil servisten (ED) yararlanan hasta popülasyonları yüksek sağlık masraflarını artırma eğilimindedir ve çoğu zaman bu hastalar parçalanmış bakım alırlar. Bu hasta popülasyonları, daha çok diyabet, kalp yetmezliği, kanser, böbrek yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi hastalığa eşlik eden çoklu rahatsızlıkları olan kronik ve karmaşık durumlara sahip kronik hastaları içerir. Hangi hastaların en yüksek bakım maliyetine yol açtığı ve hangi hastaların acil servisten sıkça yararlandığını anlamak, hedef popülasyonun ve gelişim fırsatlarının belirlemesine yardımcı olacaktır. Bu bilgilere sahip olduğunda modelin geliştirilmesi aşamasına geçilmektedir.

2. Bakım modelinin tasarlanması:

Değer temelli bakım modelinin geliştirilmesinde dikkate alınması gereken bazı unsurlar:

- Hedef hasta popülasyonlarının tanımlanması
- Hangi ödeyicilerin dâhil olacağını belirlemesi
- Hizmet türü ve hacminin tahmin edilmesi
- Hastalar ve ödeyiciler için beklenen faydaların belirlenmesi,

- Seçilen hasta popülasyonunun bakımının sağlanmasında gereken iş akışlarının tasarlanması.
- Yeni modeli destekleyecek personelin sağlanması veya hazırlanması
- Uygulama için hasta ziyaretlerinin sıklığı
- Hekimlerin ve destek ekibinin rol ve sorumluluklarının belirlenmesi
- Her bir hasta popülasyonu için ölçülebilir başarı ölçümlerinin belirlenmesidir.

3. Uygun kullanım için yönlendirilmesi:

Yeni model benimsedikçe, gereksiz maliyetleri veya farklılıkları azaltmanın yolları aranır. Bu yolar içinde daha düşük maliyette daha yüksek kaliteye ulaştıran yol bulunmalı ve kullanılmalıdır. Hastalar, bakım almak için başka bir yere gitmek zorunda kalmadan ihtiyaçlarının karşılandığına inanmalıdır. Bu anlamda kurum, çalışanlarının hastaların kronik ve eş zamanlı hastalık durumlarını yönetmelerine ve geliştirmelerine yardımcı olacak şekilde yetkilendirilmelidir.

4. Etki miktarının ölçülmesi ve sürekli iyileştirilmesi:

Kurumların ilerlemelerini sürekli olarak ölçmesi, hedef hasta popülasyonları üzerindeki etkilerini belirlemelerine yardımcı olacaktır. Olumlu sonuçlar elde etmek için, uygulamaların belirlenen hedeflere aylık veya üç ayda bir ne kadar iyi bir şekilde ulaştığını değerlendirmesi ve sürekli iyileştirme çabası içinde olması gerekir. İstenilen etkinin sağladığından emin olmak için bakım modelinin yıllık olarak yeniden değerlendirilmesi gerekir. Modelin başarısının kilit belirleyicileri olan hasta, sağlayıcı ve personel memnuniyetinin düzenli olarak ölçümü sağlanmalıdır.

5. Başarı için ortaklıklardan yararlanmak:

Uygulamanın ya da organizasyonun büyüklüğüne bağlı olarak, değer temelli bir bakım modeline başarı elde etmek için bir ortaklığın sunabileceği ek kaynaklara ihtiyaç duyulabilir. Acil bakım merkezleri, evde bakım hizmetleri veya diğer kuruluşlarla ortaklık yapmak, hastalara daha iyi bakım ve ayakta tedavi yönetimi sunma yeteneğini artırabilir. Hizmet sağlayıcıların evde sağlık kurumları, hemşirelik hizmetleri, eczaneler ve diğer kuruluşlardan oluşan kaynaklar ile ortaklık yapmaları, onlarla iletişim

kurmaları ve işbirliği yapmaları bakımın sürekliliğini sağlamada yardımcı olabilir. Kaynak paylaşımının potansiyel yararı için bu tür kaynaklarla iş birliği yapmak önemlidir. Ancak bir ortaklıkta anlaşma şartlarının belirlenmesinde hukuk müşavirlerinden destek alınması yararlı olabilir.

Değer temelli bakıma giden yolda atılan her adım, bir öğrenme deneyimidir. Bazı kararlar iyi sonuç verebilirken bazı kararlar ise planlandığı gibi işlemeyebilir. Bu öğrenme deneyimleri uygulamalara en iyi, neyin işe yaradığı hakkında daha fazla bilgi sağladığından, uygulamada hasta ihtiyaçlarını daha iyi karşılayacak değişiklikleri görüp yapma imkânı vermektedir. Bu açıdan da yapılan planlı ekip toplantılarında kısa özetlerle, değer temelli bakım modeli uygulamasının sonuçları hakkında şeffaf ve rutin olarak bilgi verilmesi, ekibin pozitif kalmasını ve hastalara değer vermeye devam etmesini de teşvik etmektedir (Terrell, 2018, s. 9).

1.4. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri

Alan yazında değer temelli sağlık hizmetlerinde dikkate alınması gereken üç temel bileşen şunlardır: Liderlik, teknoloji (bilgi teknolojisi) ve müşteri odaklılık. (Jensen ve Ward, 2016, s. 81).

1.4.1. Liderlik

Liderlik; “ *amaç, kültür, strateji temel kimlikler ve kritik süreçler gibi örgütü var eden ussal ve iyi düşünülmüş eylemleri yönetmek, geleceği yaratmak ve ekip kurmaktır*” şeklinde tanımlanmaktadır (Sullivan ve Harper, Aktaran; Erturgut, 2012, s. 109). Lipham (1964)’a göre liderlik, “*örgütsel amaçlara ve hedeflere ulaşmak için yeni bir yapı ve süreç başlatmaktır*”, Munson (1921)’a göre ise insanların başarılı olmasını sağlamak için en az çatışma ile en güçlü işbirliğinin sağlanması için gerekli olan kabiliyet olarak tanımlanmaktadır (Erturgut, 2012, s. 109).

Bu konuda yapılmış olan tanımlardan yola çıkılarak; çalışanlara cesaret vererek, güdülenmesi, bu doğrultuda yaratıcılıklarının ortaya çıkartılarak yönlendirilmesi ve bütün bunların gönüllülük temelinde yapılması ‘liderlik’ olarak ifade edilmektedir (Barlı, 2010, s. 355). Kurumların örgütlenme düzeyleri ne kadar kusursuz olsa da;

organizasyon yapısının insanlardan oluşması, üretilen mal veya hizmetlerin değişen şartlara karşı yetersiz kalması, gelişme ve büyüme açısından hareketlerin sürekli yenilenmesinin gerekmesi gibi birçok nedenle kurumlar liderlik davranışına ihtiyaç duymaktadırlar (Erturgut, 2012, s. 108).

Ülke genelindeki sağlık kuruluşlarının, değer temelli sağlık hizmetine giderek daha fazla önem vermeleri, bunu gerçekleştirmek, başarılı olabilmek ve ilerlemek için yeni iş modelleri, işletme modelleri ve bakım modelleri oluşturarak kendilerini dönüştürmeleri gerekmektedir. Bu dönüşüm, hastalar hastalandığında ve bakıma ihtiyaç duyduğunda sunulan hizmet hacmini ödüllendiren modellerden, nüfusu sağlıklı tutmak için kaynakların dikkatli bir şekilde dağıtılmasıyla elde edilen, yüksek kalite ve mükemmel sağlık sonuçlarını ödüllendiren değer temelli sağlık hizmetine doğru gerçekleşmektedir. Bu dönüşümün liderler üzerindeki etkileri derindir ve sağlık kurumlarında bu liderlerin yeni yetenekler ve yetenek setleri geliştirerek bu değişime adapte olmaları gerekmektedir (Pottharst, 2018). Özellikle sağlık sektöründe gerçekleşen tüm dönüşümsel girişimler gibi, değer temelli sağlık hizmetleri sisteminin yapılandırılması ve kurumun gelir döngüsünü değer temelli bir ödeme modeliyle etkin bir şekilde yönetmeyi amaçlayan girişimler de yeni bir liderlik yapısı ve yaklaşımını gerektirir (Jensen ve Ward, 2016, s. 82).

Değer temelli sağlık hizmetlerinde liderlerin odaklanması gereken noktalar şu şekilde ifade edilmiştir (Pottharst, 2018):

- Sağlığın sosyal belirleyicileri (örneğin, ekonomi, gıda, toplum ve sosyal destek, eğitim ve fiziksel çevre, vb.) olarak bilinen bu faktörlerin fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde güçlü bir etkisinin olduğunun bilincinde olarak bu alanlarda (birçok sağlık hizmeti sunum sisteminin her zaman faaliyet gösterdiği sınırların dışında kalan hizmet alanlarında) hizmet veren özel kuruluşlar ve kar amacı gütmeyen kuruluşlarla işbirliğini dikkate almak, bunun için bu kuruluşları ile yeni ilişkiler belirlemek ve bu ilişkilerin oluşması için düzenlemeler yapmak,
- Bu kuruluşlarla işbirliğini kolaylaştırmak için iç süreçlerini (hasta koordinasyonu, veri paylaşımı vb.) yeniden tasarlamak.

Bu nedenle de bu sistemde liderler, geri ödemeleri ve hasta ödemelerini sürekli iyileştirmek için yüksek kaliteli bakım ve değer sağlamak için klinik stratejileri entegre ederek departmanlar arasında işbirliği yapmalıdır (Jensen ve Ward, 2016, s. 82). Değer temelli sağlık hizmeti konusunda kararlı olan kuruluşların liderleri, diğer liderleri bugün sağlık bakım sistemlerinin organize edilme şeklinin üstünde veya ötesinde düşünmeye teşvik etmeli, paydaşları koordine edilmiş bakım modellerini benimsemesi ve kurması konusunda yönlendirerek işbirliği sağlamalıdır (Pottharst, 2018).

Hastaneler, kaliteyi yönetmek ve maliyetleri düşürmek için bütüncül bir yaklaşım sergilemek üzere finansal ve klinik liderlik arasında köprü kuran tanımlanmış bir stratejik liderlik ve onun ekibinin kurulmasından yararlanır. Bu ekip, değer temelli ödeme modelleri kapsamında olumlu finansal sonuçlar elde etmek için çalışılabilecek bir ekip olmalıdır (Jensen ve Ward, 2016, s. 82). Ayrıca hem klinik hem de idari ekip üyeleri arasında işbirliği yapılarak başarı sağlanabilir (Winegar, Moxham, Erlinger ve Bozic, 2018, s. 1706). Bu anlamda böyle bir ekibin üyeleri şu bireylerden oluşur (Jensen ve Ward, 2016, s. 82):

- İş akışını veya uygulama şekillerini değiştirmelerini isteyecek ölçüde değişimi sağlayabilecek ve sağlık profesyonellerini temsil edecek yetkinlikte bir hekim
- Hastane şefi, sağlık görevlisi veya bakım sağlamada klinik yollar için sorumluluk taşıyan bir klinik lider
- Kalite performansı ve ölçümlerine odaklanan klinik ekibin bir üyesi
- Klinik ve kalite bilgilerinin geri ödeme yapanlara rapor edilmesinden sorumlu olan finansal ve/veya muhasebe liderleri
- Performansı izlemek ve gerekli odak alanlarını belirlemek için ilgili verilerin erişilebilir ve erişilebilir olmasını sağlamaktan sorumlu enformasyon teknolojisi ekibi üyeleri
- Gerek ortopedik malzeme ve implantlar gerekse de ilaçlarla ilişkili maliyetleri ele alan ve daha düşük maliyetli alternatifleri belirlemeye yardımcı olan bir malzeme yöneticisi
- Oryantasyondan başlayıp işten çıkarılmaya kadar geçen süreçte bakımın nasıl yönetileceğine dair bakış açısına sahip vaka yönetimi temsilcileri.

Ulusal Sağlık Servisi Yenilik ve İyileştirme Enstitüsü (National Health Service Institute for Innovation and Improvement)'nün yaptığı araştırmaya göre, değer temelli bir liderlik yapılmak isteniyorsa, kendi başımıza elde edebileceğimizden daha yüksek bir değer elde etmek için işbirliği yapan, koordinasyonu yüksek bir ekibin oluşturulması gerekmektedir. Bu yüzden liderlerden yapması istenenler şu şekilde sıralanabilir (Beveridge ve Meredith, 2018);

- *İşbirliğini teşvik edin;* insanları bir araya getirmek sadece yan yana çalışmalarını sağlamak değildir. Bir nüfus için bakım, aynı uzmanlığa sahip birden fazla kişinin işbirliğini gerektirir.
- *Şeffaflığı artırın;* ortak karar alma sürecinde, karşımızdakini mutlu etmeyeceğini bilsek bile kurumlardaki insanlarla etkili ve zor konuşmalar yapmaktan kaçınılmamalıdır.
- *Alçakgönüllü olun;* her şeyi sadece bizim bildiğimizi değil, diğerlerinin de birçok konuda bizden daha fazla şey bildiğini varsaymak gerekmektedir.
- *Meraklı olun;* ekibin hangi konuda uzmanlığa sahip olduğunun bilinmesi; etkili sorular sorulması ve fikirlerin dinlenmesi gerekmektedir.
- *İlham ve motivasyon sağlayın;* liderler tarafından sunulan bir amaç doğrultusunda ekiplerin büyük resmi görmelerine ve çalışmalarına değer katmalarına yardımcı olmak gerekmektedir.

Başarının ekip çalışmasına bağlı olduğu değer temelli sağlık hizmetini dikkate alan hastanelerde liderler, bağımsız olarak öğrenmeye ve bağımsız çalışmaya istekli, hata yapmaktan korkmayan ve hastaya değer katmaya kararlı olan personelleri istihdam etmelidir. Bu sayede azaltılmış hatalarla daha iyi bakım ve daha iyi sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir (Decker ve diğerleri, 2016, s. 66). Bu nedenle de kurumlarda belirli sistemler içinde çalışanların olağan performanslarını sergiledikleri sürdürümcü liderlik özelliklerinden, lidere duyulan güven ile risk almayı teşvik eden dönüştürücü liderlik özelliklerine geçiş gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Erturgut, 2012, ss. 157–161). Bu liderlik davranışı ile hacim temelli hizmetten değer temelli hizmete geçişin daha kolay sağlanabileceği düşünülmektedir.

Organizasyonların kalite yönetimi sürecinin oluşturulmasında dönüştürücü bir liderliğin adımları (Erturgut, 2012, ss. 161–184);

- Değişim ihtiyacının farkına varılması
- Kalite yönetimi uygulama kararının verilmesi
- Kalite yönetimi için vizyon oluşturulması, misyon belirlenmesi ve strateji geliştirmesi
- Kalite yönetimi politikasını belirlemesi
- Grup bilinci oluşturulması ve takım çalışmasına özendirilmesi
- Çalışanların eğitim ve yetkilendirme yoluyla güçlendirilmesi
- Dönüşüm bilincinin ve inancının oluşturması
- Kalite uygulamalarına geçiş ve geçisin yönetilmesi
- Yeni örgüt kültürünün yaratılması
- Örgütsel kültürün kurumsallaştırılması ve örgütsel bağlılığın oluşturulmasıdır.

Değer temelli bakım, sağlık hizmeti kuruluşlarının, insanları, süreçleri ve teknolojileri farklı disiplinler, işlevler arasında yüksek kaliteli, yüksek değerli sağlık hizmetleri sunmak için nasıl örgütlediklerini yeniden düşünmelerini gerektirir. Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM), bakım koordinasyonunu, yüksek kalitede hizmet sağlamada kilit bir yetenek olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, değer temelli sağlık hizmetinde etkili bir koordineli bakım kabiliyetinin oluşturulması, liderlerin, eski sağlık sisteminin geçmişte faaliyet gösterdiği yollardan kaynaklanan önemli engellerle yüzleşmelerini gerektirir (Pottharst, 2018). Bu yüzden liderlerin, hastanenin bakım sağlama maliyeti ve yüksek riskli nüfus dâhil olmak üzere, değeri en üst düzeye çıkarma kabiliyetini etkileyen faktörleri bulmak ve ele almak için adım adım çalışması gerekir. Bu çalışmalar, finansal sonuçlarda fark yaratabilecek süreç iyileştirmelerine odaklanmanın bir yolunu sunmaktadır. Ayrıca, gelir döngüsünde ek iyileştirmelerin belirlenmesi ve önceliklendirilmesi için bir başlangıç noktası olarak sayılmaktadır (Jensen ve Ward, 2016, s. 82).

Liderlik ve koordinasyon açısından yönetim ve finans liderleri değer temelli terimlerle hastanenin finansal risk göstergelerini tanımlayarak, hastanenin bu göstergelere göre ne kadar iyi performans ortaya koyduğunu belirlemektedir (Jensen ve Ward, 2016, s. 82).

Sağlık hizmetlerinde hesap verebilirlik, değer temelli sağlık hizmetinin bir dayanağı olarak sağlık kuruluşlarında işveren veya çalışanlar tarafından göz ardı edilemeyecek bir konudur. Liderlerle başlayan bu süreç, liderlerin çalışanlarını hesap verebilirliğe yönlendirilerek sorumluluk olmaya teşvik etmesiyle devam eder (Decker ve diğerleri, 2016, s. 64). Bu noktada da değerler, etik ve ilkelerle ilgili faktörler ise başarılı bir liderlik formülünde temel bileşenler olarak kabul edilmektedir (Graber ve Kilpatrick, 2008, s. 185).

Dolayısıyla organizasyonlarda değer temelli sağlık hizmetleri gibi farklı kalite uygulamalarının benimsenmesi ve uygulanmasında, liderler aktif rol oynamaktadır. Sonuçta, sağlık hizmetlerinin amaçları hala aynıdır. Şimdi ve gelecekte liderlerin işi, sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve insanların olabilecek en iyi sağlıklarına ulaşmasına yardımcı olmaktır. Bunu yapmak için liderler, yeni iş yapma yollarını keşfetmenin yanı sıra yeni liderlik özelliklerine sahip olmalı ve liderlik etme biçimlerini değiştirilmelidir (Beveridge ve Meredith, 2018).

1.4.2. Teknoloji

Teknoloji, değer yaratmada kullanılan önemli bir araçtır (Meinert ve diğerleri, 2018, ss. 1–2). Hatta değer temelli sağlık hizmetlerinde değerlerin bir kısmının teknolojiler tarafından oluşturulduğu düşünülmektedir. Yani değerlerin bir anlamda sağlayıcı kuruluşlar arasında teknolojiler gibi inovasyonlar nedeniyle kalitesizlik ve olumsuz sonuçlara yol açan temel sorunları gidermek üzere ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu anlamda paydaşlar arasındaki iletişimin geliştirilmesi, hastaneler ve ayakta tedavi ortamları arasındaki bakım geçişlerinin iyileştirilmesi, bakım ortamlarını kapsayan bakım yönetimi protokollerinin geliştirilmesi, hekimlerin yüksek riskli popülasyonları izlemeleri ve daha iyi yönetmelerini sağlayacak kayıtlara yatırım yapılması, daha entegre veri sistemlerinin oluşturulması, risk değerlendirme araçlarının geliştirilmesi, kullanılması ve klinik karar desteğinin sağlanması için teknoloji odaklı inovasyonun teşvik edilmesinin değer temelli sağlık hizmeti için gerektiği söylenmektedir (Damberg ve diğerleri, 2014, s. xiii).

Bununla birlikte, değer temelli sağlık hizmeti elde edilen geliri optimize etmek, yeterli işbirliği, raporlama ve hasta memnuniyetini desteklemek için gerekli teknolojileri ve

süreçleri bir araya getirebilen çok disiplinli bir ekibin bütünleşik çabalarını gerektirmektedir (Jensen ve Ward, 2016, s. 84). Değer temelli satın alma modelleri, sağlık sonuçları, maliyet yönetimi veya her ikisinin birleşimindeki sonuçlara dayalı geri ödemeyi belirlemektedir. Ancak, sağlık hizmeti sunanları değerlendirmek için sağlık kuruluşları, kurum genelinde veri toplayabilen, analiz edebilen ve raporlayabilen sağlık bilgi teknoloji sistemlerini uygulamak zorundadır (LaPointe, 2016).

Özellikle hastaneler, bakımın her aşamasında hastayla ilgili bilgileri yakalayabilen, entegre edebilen performansın izlenmesine olanak tanıyan, finansal analiz için veri ve enformasyonu analiz edilebilen teknoloji sistemlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu teknolojiler sayesinde performansın izlenmesi ve finansal analizin kolayca yapılması mümkündür. Farklı kuruluşlar yapılarına bağlı olarak farklı çözümler bulsalar da genelde bilgi teknolojilerinin amacı hastane, klinik, rehabilitasyon merkezi, vaka yönetimi, kalite sistemleri ve diğer sağlık sistemlerine değer temelli bir çevrede performans ve raporlama için gereklilikleri karşılayabilecekleri ve veri alışverişinde bulunabilecekleri bir çözüm bulmaktır (Jensen ve Ward, 2016, s. 82). Değer temelli sağlık hizmeti yaklaşımı, hastalar için gerçekten önemli olan verilerin entegrasyonu ve analizi yoluyla sürekli bir değerlendirme yapılmasını gerektirir. Dolayısıyla değer temelli sağlık sistemleri içerisinde veri izleme ve raporlama için teknolojik araçlara gereksinim duyulmaktadır (Pessaux ve Cherkaoui, 2018, s. 126).

Değer temelli sağlık hizmetlerinde kullanılan bilgi teknolojileri ve kullanım amaçları (The Health Care Transformation Task Force, 2016, s. 15):

- Şu özelliklere sahip kişi merkezli sağlık enformasyon teknolojileri kullanılır:
 - Hasta ve yakınlarının elektronik sağlık bilgilerine baktıkları her yerde erişebilecekleri, yönetebilecekleri ve paylaşabilecekleri bir merkeze yerleştirilir.
 - Tüm taraflar için uygun gizlilik ve güvenlik önlemlerini içerir.
 - Hasta ve yakınlarına etkili ve doğru yaşam karar vermelerini desteklemek için gereken kapsamlı elektronik sağlık bilgilerine erişim sağlar.

- Uygulamalar, cihazlar ve diğer kaynaklardan gelen hasta tarafından oluşturulan bilgileri içerir.
- Genomikler de dâhil olmak üzere büyük veri odaklı “hassas tıp” kullanımını öngörür.
- Nüfus sağlığı, kamu raporlaması ve araştırma amaçlı veri toplama ve analizini destekler.
- Ayrıca daha iyi sağlık hizmeti sunmak için online (çevrimiçi) veya benzeri diğer uygulamalar gibi yeni bakım yollarını içeren inovasyonlar (buluşlar) desteklenmektedir.
- Değer temelli sağlık hizmetlerinin bilgi teknoloji ağları, alternatif ödeme ve hizmet dağıtım modellerini kullanmaktadır.
- Sağlık bilgi teknolojileri, bakımın koordinasyonunu geliştirmek, hizmet kullanıcıları için bilgilerin erişilebilirliğini artırmak, kendi sağlık ve sağlık bakımlarını yönetme konusundaki katılımını güçlendirmek ve diğer işlevlerin yanı sıra sağlayıcılarla iletişimi güçlendirmek için kullanılır.
- Yeni ödeme ve hizmet dağıtım modelleri, sağlık enformasyon teknolojilerinin etkin kullanımını teşvik eder. Bu teknolojiler yalnızca tedarikçiden tedarikçiye bilgi paylaşımını ve iletişimi geliştirmek için değil aynı zamanda iki yönlü tedarikçiden hastaya, hastadan hastaya ve hastadan topluma etkileşimleri teşvik etmede kullanılır.

Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta; sağlık bilgi teknolojileri hızlı bir şekilde geliştiğinden ve üretildiğinden, teknolojilerin de hızlı bir şekilde ölçülmesi ve değerlendirmesi gerekmektedir. Çünkü teknolojilerin değişim hızı ile onların değerlendirilme hızı aynı oranda gerçekleşmeyebilir. Teknolojilerin değişimi daha hızlı olurken onların kullanım için değerlendirilmesi ise daha yavaş gerçekleşebilir. Hatta değerlendirme yapılırken varsayımlar bile zamanla değişmektedir. Örneğin, bugün kurulan bir sistemin kısa bir süre sonra eski bir sistem olarak anılması söz konusu olabilmektedir. Değer temelli bir sağlık sistemi oluşturmada teknolojilerin sürdürülebilirliği için, uzun vadeli düzenlemeleri dikkate alan yani teknolojinin “gerçekleşecek değişimleri yönetilebilecek özelliklere” sahip olması önerilir; çünkü bu yeni yaklaşımlar, tutarlı bir şekilde kaydedilmesi zor olan değer ve değerlerin algılanan

etkisini ortaya koyan yöntemlerin birleşimidir (Meinert ve diğerleri, 2018, s. 2). Bunun belirlenmesi son derece önemlidir.

Mevcut enformasyon yeteneklerini değerlendirmek için göz önünde bulundurulması gerekenler ise (Jensen ve Ward, 2016, ss. 82–83):

- Hastanede, hizmet dağıtım sistemi boyunca hangi platformların mevcut olduğunu anlamak,
- Bu platformlarda hangi bilgilerin ve verilerin şu anda paylaşıldığını belirlemek,
- Paylaşılan bilgilerin doğru bilgi olup olmadığını analiz etmek, nüfus sağlığını etkin bir şekilde yönetebilmek ve değer temelli hizmet beklentilerini karşılamak için tüm kalite, klinik ve finansal raporlama gereksinimleri arasında bağlantı kurmak,
- Mevcut sistemlerin proaktif hasta ve sağlayıcı yönetimi gerektiren özellikle yüksek riskli (yüksek maliyetli) vakaların belirlenmesine izin verip vermeyeceğini belirlemektir.

Standart performans ölçümünün kritik bir unsuru, sağlam, kapsamlı ve anlamlı performans profilleri oluşturmak için idari kayıtlar, tıbbi kayıtlar ve hasta anketi temelli bilgiler dâhil farklı kaynaklardan verilere erişme ve birleştirme yeteneğidir (MABGH, www.mabgh.org, 2018). Kurumlar, sağlık verilerini özel ve rekabetçi bir avantaj kaynağı olarak gördüğü için veri paylaşımı konusundaki işbirliklerini sınırlı bir çerçevede tutmaktadır. Ancak hastalar, sağlık hizmeti sunan kurum ve çalışanlar arasındaki bu sınırlı veri paylaşımı, değer temelli ödemeye geçişte önemli aynı zamanda temel bir gereksinimdir (Conrad ve diğerleri, 2013, s. 1003).

Potansiyel olarak teknoloji sadece veri, enformasyon ya da bilgi teknolojileri değil tüm teknolojiler, maksimum hasta yararı için bakım kalitesinin optimize edilmiş bir maliyetle sunulduğu, değer temelli bir sağlık bakım sisteminin uygulanmasını kolaylaştırmaktadır (Meinert ve diğerleri, 2018, ss. 1–2).

Etkin ve güvenli bir şekilde sağlık teknolojilerinden yararlanılamamasının nedenleri arasında inovasyon eksikliğinin yanı sıra bir “politika çerçevesi” yaratmadaki yetersizlikler yer alır. Bu tür çerçevelerin geliştirilmesi önemli bir girişimdir ve

teknolojinin etkin ve güvenli kullanımını sağlamak için önemli bir dayanaktır (Meinert ve diğerleri, 2018, s. 2). Günümüzde tıbbi yenilikler, sıkı bir düzenleyici ortamla karşı karşıya kalmakta ve bu da sağlık hizmetlerinde piyasalara olan erişimi zorlaştırmaktadır. Teknolojinin yayılması ve genişlemesi çok kolay iken çoğu zaman değerlendirme sürelerinin uzun olması nedeniyle sağlık sistemindeki yeni bir verimlilik kaynağı olan teknolojinin faydalarından hastalar mahrum kalmaktadır (Pessaux ve Cherkaoui, 2018, s. 126).

Bu konuların ele alınmasından sonra, çok disiplinli liderlik ekibi mevcut sistemlerin değer temelli girişimleri ve gelir döngüsünü desteklemek için yeterli işlevsellik sağlayıp sağlamadığını belirleyebilecektir. Ayrıca sistemler, bilgilerin birleştirilmesine izin vermenin yanı sıra organizasyonun verimsizlikler ve düşük işbirliği ile ilgili maliyetlerini azaltmak ve yüksek riskli nüfusların ihtiyaçlarını karşılamak gibi değere dayalı bakımın temel hedeflerine ulaşmasını sağlayan proaktif bakım yönetimini kolaylaştıracak şekilde analiz edilmesine izin verilmelidir (Jensen ve Ward, 2016, s. 83).

1.4.3. Hizmet Kullanıcı Odaklı (Consumerism)

Hizmet kullanıcı odaklı olma kavramı, hastaların sağlık bakımı konusunda neyi değerli bulduğunu belirlemek amacıyla ortaya çıkmıştır. Hastalar ve aileler için değer, sübjektiftir. Rahatlık, erişim, kişisel sonuçlar, korunma, ilişkiler, güvenlik ve kalite konuları, hasta ve ailelerinin ne zaman, nerede, ne tür ve ne kadar sağlık bakımı alacakları konusunu kararlarını etkileyebilmektedir (Johnson, 2017, s. 145). Kullanıcı odaklı olan değer temelli sağlık sistemi; hastaların yanı sıra aile, arkadaşlar, hasta bakıcılar gibi sağlık bakımını destekleyenlerin de ihtiyaçlarını karşılayan güvenli, etkili, kişiselleştirilmiş, uygun fiyatlı ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktadır (Ness, Lansky, Gilfillan, Soistman ve Cohen, 2016).

Hizmeti kullananlar yani hastalar tarafından alınan hizmet sonucunda yapılan geri bildirim (ağrı ve fonksiyon sonuçları), kalitenin ve dolayısıyla değer anlaşılmaması konusundaki yerini belirgin bir şekilde göstermektedir (MacLean, 2017, s. 55). Hastalar, kurumlar ve devlet ortak olarak, sınırlı kaynaklar göz önüne alındığında, "maliyeti yüksek tüm hizmetler için ödediğim bedelin karşılığını alıyor muyum?" diye bir

sorgulama içerisine girmektedir. Sağlık hizmeti için para ödeyenler, hasta ve hasta yakınları ve finanse eden kuruluşlar için değer, daha somut bir anlam taşımaktadır. Hastalar ve finanse eden kuruluşlar, sonuçlarda iyileşme ve satın aldıkları bakımın değerinde artış talep etmektedir. Bunun sonucunda da sağlık sistemleri, hekimler ve diğer hizmet sağlayıcılar, değer temelinde hem hasta hem de nüfus sonuçlarına göre hesap verebilir hale gelerek tüm bakım yelpazesi için daha fazla sorumluluk almaktadır (Johnson, 2017, s. 145).

Değer temelli sağlık sunumunda hizmet kullanıcı odaklı olma kavramı, hastaların bakım seçimleri ve sağlık planları konusunda karar vermede oynayabilecekleri rolü de vurgulamaktadır. Bu rolün tümünden gelimsel bir şekilde, hastaları kendi bakımları için daha fazla sorumluluk almaya veya bakım seçenekleri hakkında daha fazla bilgi almaya teşvik edeceği düşünülmektedir (Yong ve diğerleri, 2010, s. 118).

Hizmet kullanıcı odaklı bakım, değer temelli sağlık hizmeti sunum sisteminin temel taşı olarak görülmektedir. Bu sayede (The Health Care Transformation Task Force, 2016, s. 9):

- Hastalar, ailesi, arkadaşları ve bakımda yer alan diğer destekçiler dâhil tüm bireyler, bakım ekibinin merkezinde yer almaktadır.
- Sağlık hizmetinde verilecek bakımla ilgili kararlar, hastalar ve onlardan sorumlu hasta bakım ekibinin (hastalar ve ailesi, arkadaşları, bakımda yer alan diğer destekçiler dâhil tüm bireyler) tercihleriyle birlikte oluşturulmaktadır.
- Kurumlar, hastalara alacakları bakımın faydası, tedavi maliyeti ve kalitesi hakkındaki bilgilere tam erişim sağlayarak, bakımlarının tüm yönlerine aktif olarak katılmalarına yardımcı olmaktadır.
- Hastaların kaliteli bir bakıma erişmesine zarar veren sınırlı ağlar kaldırılarak, alternatif ödeme modelleri ile hastalara güvenli, etkili, koordineli ve kapsamlı bir şekilde bakım yöntemleri uygulanmaktadır.

Günümüzde hizmet kullananlar, herhangi bir hizmet alışverişinde olduğu gibi yüksek kalite ve cazip maliyet dengesi sağlayacak hizmetleri kullanmayı beklemektedir (Jensen ve Ward, 2016, s. 84). Değer temelli sağlık hizmetlerine sahip sağlık kuruluşlarında sonuçlarla ilgili alınacak önlemlerin hizmetlerdeki gelişmeleri daha yüksek kaliteye

yönlendirmesi beklenmektedir. Bu yönlendirme, hastanın bakış açısını dikkate alarak sağlık hizmeti sunumunu hasta merkezli bakım ile aynı hizaya getirme potansiyeline sahip olmaktadır (Elf ve diğerleri, 2017, s. 5).

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Değerin Ölçümü

Sağlık hizmeti sunan kurumların daha yüksek kalite ve daha düşük maliyetler temelinde rekabet edebilmeleri için değer ölçümü son derece önemlidir (Yong ve diğerleri, 2010, s. 118). Herhangi bir alanda iyileştirmenin sağlanabilmesi, zaman içerisinde meydana gelen gelişmelerin takip edilmesi ve rekabet üstünlüğünün elde edilebilmesi için performansların gerek organizasyon içi gerekse de dışındaki rakiplerle karşılaştırılarak ölçülmesi gerekir. Bu anlamda değer titiz bir şekilde ölçülmesi bu amaçlara ulaşmada önemli bir adım olarak görülmektedir (Porter ve Thomas H. Lee, 2013).

Genel olarak sağlık hizmetlerinde mevcut durumdan daha iyi bir sağlık düzeyine erişmek üzere tanı, tedavi, rehabilitasyon, bakım, araştırma ve eğitim faaliyetleri gibi hastane fonksiyonlarını iyileştirmeyi amaçlayan hedefler (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s. 55) doğrultusunda sağlık bakımının analizinde kanıta dayalı ölçütler kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde performans ölçümünde kullanılan bu ölçütler ise *süreç ölçütleri (process measures)*, *dengeleme ölçütleri (balancing measures)* ve *sonuç ölçütlerinin (outcome measures)* (Burton, 2016; Health Quality Ontario, 2013, s. 6; Morris ve Bailey, 2014, s. 3; NHS, www.nhs.uk, 2018) yanı sıra, *yapısal ölçütler (structural measures)* dir (Morris ve Bailey, 2014, s. 3; NHS, www.nhs.uk, 2018).

1.5.1. Süreç Ölçütleri (Process Measures)

Bu ölçütler, olumlu ya da olumsuz olarak belirli bir sonuç ölçütüne götüren süreçteki belirli adımlardır (Burton, 2016). Süreç ölçütleri hastaları belirli bir hastalık veya durum için alacakları tıbbi bakım konusunda bilgilendirerek sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunur. Aynı zamanda kamu raporlaması için kullanılan sağlık bakım kalite ölçütlerinin çoğunluğu süreç ölçümlerinden oluşmaktadır (AHRQ, www.ahrq.gov, 2011). Örneğin, süreç ölçütünün ‘kalış süresi’ olduğu varsayıldığında bu süreç için işlem süresi yani hekimlerin taburcu kararını verdiği andan hastanın

gerçekten taburcu edildiği zaman arasında geçen zaman miktarı olabilir. Başka bir örnekte ise hasta için ilaç talep zamanı ve eczanenin bu talebi karşılaması arasındaki geçen zaman bu süreç ölçütüne örnek verilebilir. Eğer bu zaman hedeflenen süreden fazla ise buradaki gecikme süresi ya da taburculuktaki gecikme sürelerinin belirlenmesi bu süreçlerin iyileştirilmesi için somut bir kanıt olarak görülmektedir (Burton, 2016).

Süreç ölçütleri “sistemin işleyişinin sesidir”. Başka bir deyişle, süreç ölçütleri, kalite iyileştirme çabalarının, sistem sonuçlarına katkıda bulunan girdilere veya adımlara yaptığı değişiklikleri yakalayan ölçümlerdir. Süreç ölçütleriyle çalışırken, istenen sonuca doğrudan katkıda bulunan süreçlere odaklanmak önemlidir. Süreç ölçüsünü sonuca bağlamanın iyi bir örneği, personelin olumsuz bir hasta sonucunu önleyecek en iyi uygulama önerisine uyma yüzdesini ölçmektir. Örneğin, ventilatörle ilişkili pnömoniye önlemek için en iyi uygulamaların “paketi” ile yapılanların uyumluluğunun oranının belirlenmesidir (Health Quality Ontario, 2013, s. 6).

Süreç ölçütleri, sağlayıcıların hastalara bakım için önerilen kılavuzlarla tutarlı olan belirli hizmetleri ne derece tutarlı verdiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Bu ölçütler genellikle sağlık durumunu iyileştirdiği, gelecekteki komplikasyonları veya sağlık koşullarını önlediği bilinen prosedürler veya tedavilerle bağlantılıdır. Süreç ölçütleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarına performanslarını artırmaları için net, eyleme dönüştürülebilir geri bildirimler ve basit yollar vermesi açısından faydalıdır. Bununla birlikte, performansı izlemek ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını teşviklerini yönetmek için süreç ölçütlerine aşırı güvenmek, birkaç nedenden dolayı sorunlu olabilir (Morris ve Bailey, 2014, s. 5):

- Mevcut süreç ölçütleri, önleyici bakım ve ölçülmesi daha zor olan diğer önemli kalite alanlarından daha çok kronik durumların yönetilmesine odaklanma eğilimindedir. Ekip çalışması ve örgütsel kültür kaliteyi ölçmenin zor olduğu alanlar olarak görülmektedir.
- Sağlanan bakımın uygun olup olmadığı veya bir sağlayıcının örneğin fiziksel ve zihinsel hastalıkları olan hastalar için tedaviyi koordine edip etmediği gibi, pek çok temel bakım alanı için işlem ölçütleri bulunmamaktadır.

Süreç ölçütleri, sistemlerden ve süreçlerden istenen sonucu elde etmek adına yapılan çalışmaları yansıtır. Süreç ölçütlerine, bir hastanın belli bir bakım standardı alması veya almaması, sağlık personelinin ellerini yıkaması, tıbbi olayların kaydedilmesi, bulgulara göre hareket edilmesi ve hastaların randevu için beklerken gecikmelerden haberdar edilip edilmeyeceği gibi örnekler verilebilir (NHS, www.nhs.uk, 2018).

1.5.2. Yapısal Ölçütler (Structural Measures)

Yapısal ölçütler, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının hastalara, yüksek kalitede bakım sağlama kapasitesi, sistemleri ve süreçleri hakkında fikir vermektedir (AHRQ, www.ahrq.gov, 2011). Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmetlerinin süreçleri ve sonuçlarının yanında yapıları da ölçülerek değerlendirilebilir. Yapı, sağlık hizmeti sunumunda kullanılan araçları, kaynakları, organizasyonu ve finansmanı ifade etmektedir. Yapısal ölçütler, sağlık durumlarının iyi olma olasılığını artıracak veya azaltacak olan altyapı elemanlarının yerinde olup olmadığını değerlendirir (MacLean, 2017, s. 56).

Yapısal ölçütleri genellikle bir hastanenin reçeteli ilaçları elektronik olarak sipariş edecek bir sistemi olup olmadığı gibi, yüksek kalitede bakım sağlama konusunda belirli kapasitelere sahip olup olmadıklarını belirlemek için sigorta şirketleri ve düzenleyiciler tarafından kullanılır. Bu önlemler aynı zamanda sağlık planlarının ve sağlayıcıların belgelendirilmesinde veya akreditasyonunda da yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapı ölçütleri, hastaneler veya hekim muayenehaneleri gibi sağlık bakım ortamlarının altyapısını ve bu sağlık bakım kurumlarının bakım sağlayıp sağlayamayacağını değerlendirir. Bu ölçütlerin arasında, personel ve bu personelin yetenekleri, bakımın sağlandığı politika ortamı ve bir kurum içindeki kaynakların kullanılabilirliği gibi ölçütler yer almaktadır (Morris ve Bailey, 2014, ss. 3–4). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının kurumdaki personel-hasta oranları veya bir hizmetin kaç kez kullanıldığı gibi ölçütlerin özelliklerini de yansıtmaktadır (NHS, www.nhs.uk, 2018).

Yapısal ölçütler özellikle, bakım resminin yalnızca bir parçasını gösterir. Örneğin, bir hastanenin belirli işlevleri yerine getirme yeteneğine sahip olması, bu işlevlerin gerçekte gerçekleşip gerçekleşmediğini veya bu işlevlerin hasta sağlığını iyileştirip iyileştirmediğini yakalayamamaktadır. Yani bir sağlık kurumunun yapısal ölçüt

gerekliliklerini karşılması, her zaman hasta sağlığını iyileştiren bakımın sağlanması ile sonuçlanmayabilir (Morris ve Bailey, 2014, s. 4).

1.5.3. Dengeleme Ölçütleri (Balance Measures)

Dengeleme ölçütleri, sistemin bir bölümünü iyileştirmek için tasarlanan değişikliklerin sistemin diğer bölümlerinde yeni sorunlara neden olup olmadığını belirlemektedir (Burton, 2016; Health Quality Ontario, 2013, s. 6). Kalite iyileştirmede yapılacak olan yeni bir değişikliğin personel memnuniyetini artırıcı ancak müşteri memnuniyetini azaltıcı bir etkiye sahip olup olmadığını incelemesi, dengeleme ölçütünün kullanımına örnek olarak verilebilir (Health Quality Ontario, 2013, s. 6). Dengeleme ölçütlerine başka bir örnekte kalış süresini azaltmaya yönelik girişimlerin ardından acil geri kabul oranlarını izlemek olabilir (NHS, www.nhs.uk, 2018).

Dengeleme ölçütleri, olumlu veya olumsuz olabilecek değişimin, isteyerek veya istemeyerek de olsa ortaya çıkarabilecek sonuçlarını yansıtır. Amaç değişimin olumsuz olmasını önlemek için ölçümler yapmak ve olumsuz etkileri azaltmaya çalışmaktır (NHS, www.nhs.uk, 2018).

1.5.4. Sonuç Ölçütleri (Outcome Measures)

Sonuç ölçütleri, sağlık kuruluşlarını ilgilendiren üst düzey klinik veya finansal sonuçları iyileştirmenin hedeflendiği kalite ve maliyet hedefleridir (Liu, Bozic ve Teisberg, 2017, s. 316). Sonuç ölçütleri “hastanın veya müşterinin sesi” olarak ifade edilir ve sistem performansını yakalamaktadır. Örneğin bir kurumda “Kalite iyileştirme çalışmamızın sonucu nedir?” sorusuna verilen cevap olduğu söylenebilir (Health Quality Ontario, 2013, s. 6). Sağlık sonuçları, hem sağlık durumunu hem de bir hastalıktan iyileşme, ölüm ve tıbbi bakımın komplikasyonları gibi olayları içerir. Hasta tarafından bildirilen sonuçlar, hastaların kendilerini en iyi şekilde hissedebilecekleri sağlık sonuçlarıdır. Örneğin Osteoarthritis (eklem hastalığı) ile ilgili sonuçlar, hasta tarafından bildirilen ağrı, kanama, enfeksiyonlar gibi bakım komplikasyonlarını içermektedir (MacLean, 2017, s. 56). Dolayısıyla sonuç ölçütleri, hastanın aldığı bakımın sonucu olarak sağlığını değerlendirmektedir. Bu ölçütler, hastanın sağlık durumunun ve işleyişinin yanı sıra bakımı üzerinde yapılan, amaçlanmayan ya da istenmeyen etkilerine bakmaktadır.

Ayrıca, bakım hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirir (Morris ve Bailey, 2014, s. 6).

Sonuç ölçütleri, tabiri caizse lastiğin yolla bulunduğu yerdir. Yani hastalar, bu sonuçları destekleyen klinik süreçleri değil, hastalıktan kurtulmak ve sağlıklarını iyileştirmekle ilgilenirler düşünürler. Sonuç ölçütleri sıklıkla hayatta kalma ölçütlerini (mortalite), hastalık insidansını (morbidite) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konularını içermektedir. Aynı zamanda bu ölçütler sıklıkla hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinden ne kadar memnun oldukları hakkında rapor edilmiş bilgileri içermesine rağmen hasta deneyiminin tamamını değerlendirmemektedir. Sonuç ölçütlerini geliştirmede bazı zorluklar bulunur. Bu konudaki temel zorluklar ise şunlardır (Morris ve Bailey, 2014, s. 6):

- Sonuçların ölçülmesi çoğu zaman yalnızca tıbbi kayıtlarda bulunan ayrıntılı bilgiler üzerinden yapılmaktadır. Ancak bu bilginin elde edilmesi zor ve pahalıdır. Aynı zamanda belirli bir sonuç hakkında faydalı bilgiler sağlamak için yeterli veri toplamak da zor olabilir.
- Güvenli barınma erişimi, sosyal destek ve ekonomik fırsat gibi sağlık düzeyinin sosyal belirleyicileri, sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ancak bu ölçüme dâhil edilmiyor olabilir.
- Hasta nüfusundaki farklılıklar sonuçları elde etmeyi zorlaştırabilir.

Genel olarak bu ölçüt kurumlardaki iyileştirme çalışmalarının sonucunu ve sonuçta belirlenen hedeflere kurumun ulaşip ulaşmadığını göstererek bakımın hasta üzerindeki etkisini yansıtmaktadır. Sonuç ölçütlerine örnek olarak ölüm oranlarında azalma, kalış süresinde azalma, hastanede edinilmiş enfeksiyonların azaltılması, istenmeyen olaylar veya zararlarda azalma, düşük acil kabuller ve gelişmiş hasta deneyimi gibi örnekler verilebilir (NHS, www.nhs.uk, 2018). Ayrıca sonuç ölçütlerine ilişkin olarak geri kabul oranları, devir hızı, devamsızlık ve çalışan memnuniyeti gibi örnekler de verilebilir (Flood ve diğerleri, 2000; Aktaran; Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s. 57).

Sonuç ölçütleri içinde hastanın durumunu, bakım için harcadıkları zamanı ölçen sınıflandırmalar sadece hizmetten memnuniyeti değil, bakımın faydalarını da ölçmektedir. Bir hastanın yaşamı boyunca süren bakım için, bakım sırasındaki

sonuçların ölçülmesini içeren ölçütlerin sınıflandırıldığı görülmektedir. Bu sınıflandırmada sonuç çıktısı olarak “3C” şeklinde kısaltılmış üç durum ölçülmektedir. Bunlar (Liu ve diğerleri, 2017, s. 316):

- Yetenek (capability),
- Rahatlık (comfort)
- Sükûnet (calm)tir.

Yetenek, hastanın işlevsel durumunu; konfor, fiziksel ve duygusal acıdan kurtulmayı; sükûnet ise hastaların, randevu almak ve randevulara yetişmek/gitmek için seyahat etmek ya da tıbbi faturaları anlamak ve ödemek için haftada kaç saat harcadığı gibi unsurları göz önüne alarak bakım sırasında yaşamlarına aksamadan ne kadar devam edebileceğini ölçmektedir. Dolayısıyla 3C’ler yalnızca etkili, özenli tedaviden elde edilen kazanımları değil, aynı zamanda ıstırabın yüklerini, yaşamın aksamalarını ve sağlık hizmetlerini koordine etme ve bu hizmetleri almanın streslerini de kapsamaktadır. İnsanlar daha iyi sağlık istemektedir ancak çoğu, bakım deneyiminin acısı ve rahatsızlığı olmadan bu sonuçlara sahip olmayı tercih ederler. Bu bağlamda, bakım sırasında ve sonrasında sadece hasta memnuniyetini değil, fonksiyon seviyesini, acıdan kurtulmayı ve günlük yaşamın aksamasını ölçmek de önemlidir (Liu ve diğerleri, 2017, s. 316).

Bakım sırasındaki sonuçların ölçülmesi, sağlık hizmeti ya da bakımının değerini anlamak ve bu değerini nasıl iyileştirileceği hakkında fikir edinmek için çok önemlidir (Liu ve diğerleri, 2017, s. 316). Değer temelli sağlık hizmetlerinde ölçüm için öncelikli alanlar (MABGH, www.mabgh.org, 2018):

- Hasta davranışları (özellikle sağlıklı yaşam tarzı seçimleri ve kronik hastalıklarda sağlıklarını yönetme davranışlarına sahip olmasının sağlanması)
- Tıbbi hizmetler ve müdahaleler (özellikle aynı veya benzer tanı konmuş hastalık / durum için müdahaleler)
- Sağlık planlarının performansı
- Hastane performansı
- Hekim grubunun performansı

- Bireysel olarak hekim ve diğer sağlık bakımı uygulayıcılarının performansı olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak değer temelli sağlık hizmetinde kullanılacak olan ölçümlerin sahip olması gereken bazı özellikler şunlardır (G. C. Brown, Brown ve Kertes, 2008, ss. 206–207; Pessaux ve Cherkaoui, 2018, s. 126):

- Tıp uygulamaları ya da müdahaleleri hastaya sağladığı değere (hastanın yaşam kalitesini ve yaşam süresini iyileştirmeye) dayanması,
- Her bir sağlık hizmeti için ölçüm göstergelerinin tanımlanması, hastanın beklentileri ile birlikte klinik, kurumsal verilerin entegre edilmesi,
- Çıktıları etkileyen faktörleri anlamak için verilerin toplanması ve verileri tam şeffaflıkta karşılaştırılabilmesi,
- Veri girişlerinin standartlaştırılması: Değer yaratmak üzere yapılacak tüm analizlerin karşılaştırılmasını sağlamak için tüm veri girişlerinin standartlaştırılması,
- Hastaların, sağlıkları için en yüksek değeri sağlayan hizmetlere erişebilmesidir.

Değer temelli sağlık hizmetinde değer analizleriyle sağlanan faydalar ise şu şekilde sıralanabilir (G. C. Brown ve diğerleri, 2008, s. 207):

- Yaşam kalitesi değişkenleri ve hasta tercihleri, sağlık hizmetine dâhil edilerek daha yüksek bir bakım kalitesi yaratılması
- Hastaların tercihleri değer bileşenine dâhil edilir. Böylece hasta değerinin uluslararası olarak karşılaştırılmasına olanak tanınması
- Tüm tıbbi uzmanlık alanlarında “kalite/maliyet” ölçümü kullanılarak sağlanan faydanın maliyet açısından değerlendirilmesi
- Ölçümler ile önemsiz olan, değeri olmayan veya zararlı olabilecek durumlar belirlenebilmekte ayrıca büyük bir değer yaratacak gelişmeler, iyileştirilecek veya vazgeçilecek durumların görülmesi.
- Eşit değerdeki müdahaleler tespit edilerek sağlık hizmetleri paydaşlarının daha az maliyetli olan hizmetleri tercih etmeleri sağlanabilmektedir.

Sağlığın iyileştirilmesi ve değerinin artırılması için sadece doğru ve uygun ölçütlere değil aynı zamanda bu ölçütlerin iyi kullanıldığından emin olunmasına da ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle, kalite ölçütlerinin puanlanması, klinik standartları iyi yansıtmalı, istatistiksel olarak geçerli tahminleri rapor edebilmeli ve raporlanan puan tahminlerini hesaplamak için kullanılan yöntemlerin de şeffaf olması gerekmektedir (MacLean, 2017, s. 56).

Yapılacak olan değişikliklerin hiçbiri kolay değişiklikler değildir. Sorumlu bakım kuruluşları ve paket ödemeler gibi alternatif ödeme modelleri de dâhil olmak üzere, bakım sunumunu iyileştirmek için çeşitli ulusal deney ve girişimler bulunmaktadır. Bu anlamda eğer daha iyi sağlık bakımını teşvik etmek ve değer yaratmak için sistem yeniden tasarlanabilirse, değer temelli satın almanın ulusal ödeme ortamında rol oynayabileceği düşünülmektedir (Jha, 2017, s. 1108).

1.6. Değer Temelli Satın Alma (Value Based Purchasing)

Ülkeler zengin veya fakir olarak ayrılmaksızın sınırlı (kıt) ekonomik kaynaklara sahiptir. Bu sınırlı kaynakların yönlendirilmesi, akılcı sağlık politikalarının üretilmesi sadece ülkeler değil dünya ölçeğinde de bir zorunluluktur. Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, siyasi kararlarla gerçekleşmektedir. Verilen bu siyasi kararlar, finansal kaynakların ne ölçüde, ne zaman ve nasıl kullanılacağını da kapsamaktadır (Cirinlioğlu, 2010, s. 51).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin gerek kalitesi gerekse de maliyeti ile ilgili bazı sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların en büyük nedenlerinden biri, mevcut ödeme sistemlerinin değer temelli hizmetten ziyade hacim temelli hizmeti teşvik etmesidir. Mevcut ödeme sistemlerinde hekimlerin, hastanelerin ve diğer sağlayıcıların, çıktılarda bir iyileşme olmaksızın sağlık bakım maliyetlerini artıran bir faaliyet olan, daha fazla insana daha fazla hizmet sunmaya çalışmanın teşvik etmesi söz konusu olabilmektedir. Sağlık giderlerini arttıran faktörler için, sağlayıcıları daha fazla sorumluluk almaya hem de daha yüksek kaliteyi ve düşük maliyetlerle sağlamayı teşvik eden alternatif ödeme sistemleri araştırılmaktadır. Alternatif yöntem olarak ortaya çıkan bir yöntem, değer temelli satın almadır. Bu ödeme yönteminde yapılan yeniliklerin altında yatan sebep

hacimden ziyade “değer” için ödeme yapabilmenin gerçekleştirilmesidir (Miller, 2009, s. 1418).

Değere ulaşmak için sağlık hizmetlerinin ödeme şeklinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir (Sorrel, 2015, s. 27). Geleneksel maliyet muhasebesi yöntemleri dolaylı ve destekleyici maliyetleri tahmin etmek ve belirlemek için ücretlendirme oranları veya geçerli değer birimleri uygulayarak belirli yaklaşımları kullanmaktadır. Bu yaklaşımlar verimli olmasına rağmen, sağlık hizmeti sunumunun karmaşık süreçlerini kaldırmak ya da büyük maliyet faktörlerini açıklamak adına çok az şey yapmakta ve onları, değeri ölçmek için kullanılmaz hale getirmektedir (Askash, Sheikholeslami ve Bozic, 2018, s. 2318).

Değer temelli satın alma, değer temelli alım yapan veya yüksek değerli bakımı sağlamak için ödeme mekanizmalarını kullanmak isteyen herhangi bir sağlık ödeme sistemini ifade etmektedir. Değer satın alma veya değer yaratma fırsatları, bireysel birimlerden, prosedür, bölüm ve nüfusa kadar tüm bakımı birleştirmeyi içerisinde barındırmaktadır (MacLean, 2017, s. 58).

Damberg ve arkadaşları (2015), değer temelli satın alma programlarında baskın olan ve sıklıkla kullanılan değer anlamı iki şekilde ifade edilmektedir (Tanenbaum, 2016, s. 1034):

1. Seçilen süreç ve / veya sonuç ölçütlerine uygunluk
2. Mümkün olan en düşük maliyetle uyumluluk.

Değer temelli satın alma, kalitedeki iyileştirmeleri teşvik ederek ve sağlık harcamalarında artışı yavaşlatarak daha iyi bir değer elde etmek amacıyla finansal teşvikleri, sağlayıcıların belirli önlemler üzerindeki performansına bağlayan, geniş bir performansa dayalı ödeme stratejileri kümesini ifade etmektedir (Damberg ve diğerleri, 2014a, s. iii). Değer, değer temelli satın alma kapsamında, hizmet kullananlara aynı maliyetle daha yüksek bir kalite seviyesi yaratmak veya aynı kalite seviyesini daha düşük maliyetle sunmaktır (Tanenbaum, 2016, s. 1037).

Değer temelli satın alma yöntemi oluşturulduğunda, büyük ölçüde etkisiz olduğu düşünülen performansa dayalı ödeme modelleri yeniden yapılandırılmaktadır. Bu

yapılandırılmayla birlikte hastaneleri ödüllendirmek veya cezalandırmak üzere, hedeflenen koşullar için ölüm oranları, hasta deneyimi ve hatta “verimlilik” dâhil olmak üzere bir dizi önlemin performansına bağlı olarak teşvik edici ödemeler gerçekleştirilmektedir (Jha, 2017, s. 1107).

Performans, hem belirli bir başarı seviyesine ulaşmaya hem de her bir hastanenin temelini ve kıyaslama ölçütüne göre iyileştirmeye dayalı olarak gerçekleşmektedir. ‘Hastane Değer Temelli Satın Alma Programı’, Uygun Bakım Yasası (Affordable Care Act)’nın bir parçası olarak, 2003 yılından itibaren Amerika Birleşik Devletleri’nde raporlama programına göre ödeme yapan Yataklı Hastane Kalite Raporlama Programı üzerine kurulmuştur (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2202).

2012’den itibaren, ‘Hastane Değer Temelli Satın Alma Programı’, Medicare akut yatan hasta servisleri ödeme düzeltmelerini uygulamak için ‘Yataklı Hastane Kalite Raporlama Programı’nın altyapısı kullanılmıştır. Program sağlığı iyileştirme ve yatan hastaları azaltma konusunda teşvik edici bir ödeme fonu yaratmaktadır. Bu fon, değer temelli bir düzeltme faktörü uygulayan hastanenin ‘Toplam Performans Puanı’na göre belirlenerek hastanelere dağıtılmaktadır. Toplam performans puanı başlangıçta 2 klinik bakım süreci alanından ve hasta deneyimi anketinden oluşmaktaydı ancak daha sonraki yıllarda program ölçütleri, standartları ve yapıları, sonuçlar, güvenlik ve verimlilik gibi alanlar da dâhil olmak üzere birçok alanda geliştirilmiştir (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2202).

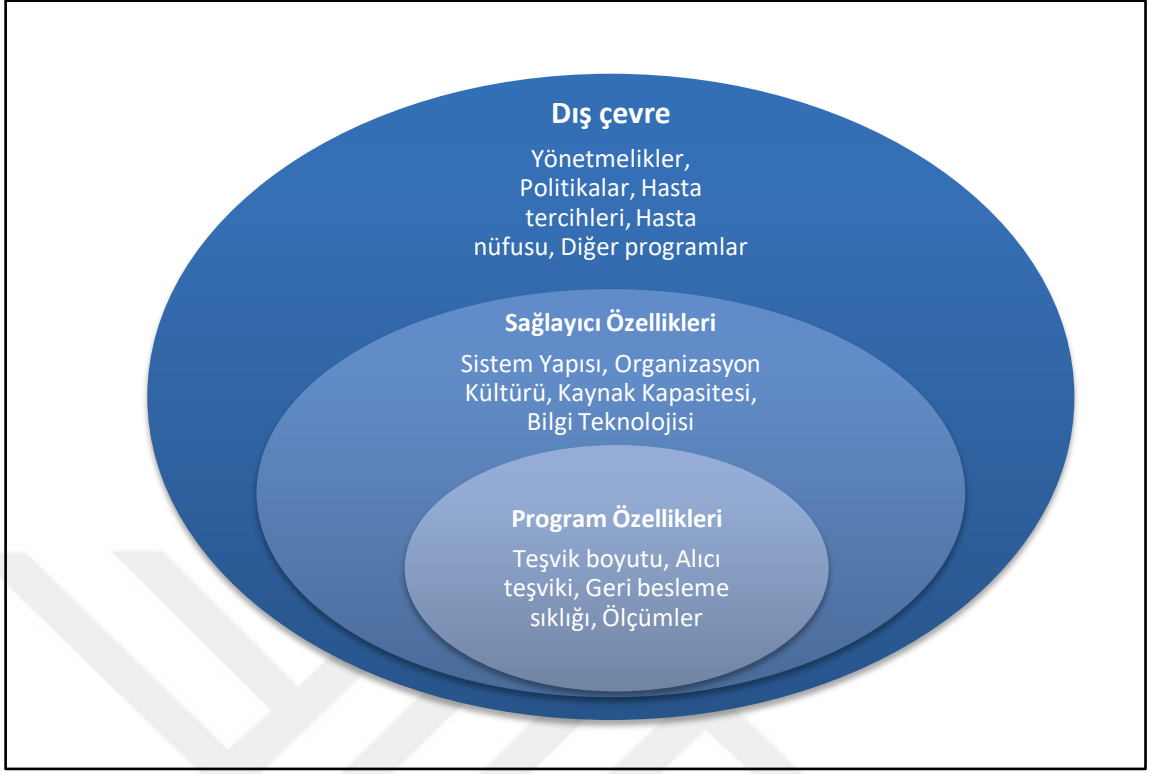
Bu yöntemle değer temelli sağlık hizmeti sunumuyla İsveç’te ve Hollanda’da hastanelerde iyi bir denetim sisteminin yardımıyla birkaç yıl içinde birçok hastanın daha düşük maliyetle daha iyi tedavi edilmesi konusunda büyük başarı sağlamıştır (Pessaux ve Cherkaoui, 2018, s. 126). Uluslararası değer temelli ödeme programlarının birinci basamağında, genellikle klinik kalite içinde; aşılama, kanser taraması ve verimlilik gibi öncelikli hizmetlerle hedeflenen performans ölçütleri bulunmaktadır (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2202).

Değer temelli sağlık hizmetleri hasta merkezli olarak, hastalara yarar sağlayan ‘Alternatif Ödeme Modelleri (Alternative Payment Models (APMs) ’ni de kullanmaktadır. Bu modeller (The Health Care Transformation Task Force, 2016, s. 11);

- Sağlık hizmet kalitesindeki ve sağlık sonuçlarında iyileşmeler yoluyla tasarruf sağlamayı teşvik eden ve aynı zamanda hastaların haklarını korumaları sağlayan uygun finansal teşvikler sunmaktadır. Finansal teşvikler alınması gerekli olan sağlık hizmetlerine erişimi azaltmanın aksine hastaları ayrımcılıktan korumakta,
- Maliyet tasarrufu sağlama konusuna göre hastanın ihtiyaçlarına, hedeflerine ve tercihlerine uygun yüksek kaliteli hizmet sunumu daha önemli bir öncelik olarak görülmektedir. Paydaşlar arası kazanç paylaşımı, maliyet tasarrufunun yanı sıra kalite ölçütlerindeki performans durumuna bağlı olarak değişmekte,
- Sağlık hizmeti sunucularını seçme ve başvurma, bilgi paylaşımı, hasta ve hasta yakınları ile ortaklaşa geliştirilen temel eğitim ve araçlar, ayrımcı bir muameleye karşı hastaları korumak için yeterli denetim sistemi, şikâyetleri ve soruları yeterince geliştirilmiş programlarla ve diğer mekanizmalarla izleme, sağlık hizmeti sunanların kalite performansı ile ilgili şeffaf olmaları gibi güçlü yapıda özelliklerle hastaları korumayı içermektedir.

Başka bir deyişle, değer temelli satın alma programları, birtakım “kalite göstergelerini” belirleyerek hizmet sağlayıcılarının belirlenen bu göstergelerde istenen sonuçlara ulaşmasını sağlamak için finansal olarak teşvik etmektedir (Tanenbaum, 2016, s. 1033). Örneğin; ilk ve en büyük özel, hükümet dışı çok kullanıcıli değer temelli ödeme programlarından biri olan California Entegre Sağlık Derneği (Integrated Healthcare Association-IHA) programı değer temelli satın alma modelini kullanmaktadır. Bu programa göre geri ödemeler; klinik kalite, hasta deneyimi, anlamlı kullanım ve uygun kaynak kullanımı dikkate alınarak yapılmaktadır (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2198).

Değer temelli satın alma programlarını daha iyi kavramsallaştırmak, geliştirmek, uygulamak ve değerlendirmek için, temel bileşenleri ve etkileşen faktörleri ana hatlarıyla belirtmek için birkaç çerçeve oluşturulmuştur (Şekil 1).



Şekil 1: Değer Temelli Satın Alma Programının Çerçevesi

Kaynak: Chee, T. T., Ryan, A. M., Wasfy, J. H. ve Borden, W. B. (2016). Current State of Value-Based Purchasing Programs. *Health Policy and Cardiovascular Medicine*, 133(22), 2198.

Yukarıdaki şekilde de görüldüğü gibi bu çerçeveler; dış çevre, sağlayıcı özellikleri ve program özellikleri şeklindedir (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2198):

- *Dış çevre;* düzenleyici değişiklikleri, ödeme politikaları, hasta tercihleri ve değer temelli satın alma programlarının potansiyel başarısını artırabilecek veya engelleyebilecek diğer kalite iyileştirme girişimlerini içerir.
- *Sağlayıcı özellikleri;* sağlık sisteminin yapısını, organizasyon kültürünü, mevcut kaynakları ve yetenekleri (özellikle bilgi teknolojisinde) ve sunulan hasta nüfusunu içerir.
- *Program özellikleri;* hedeflenen hasta nüfusunu, program hedeflerini, önlemleri, finansal teşviki ve risk yapısını tanımlamayı içermektedir.

Değer temelli satın alma programlarını etkileyen çoklu faktörlerin anlaşılması, bu programların tasarlanması, değerlendirilmesi ve önem kazanması için esastır. Ayrıca, ölçümlerin küçük detayları, performansın hesaplanması için formüller, ödüller ile cezaların tanımlanması için kurallar sağlık sorunlarının kötüleşmesi gibi istenmeyen sonuçlar üzerinde potansiyel olarak önemli etkiye sahip olabilir (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2198).

Hem uluslararası hem de Amerika Birleşik Devletleri (ABD) içinde çok çeşitli sağlık hizmeti sunumu ortamını kapsayan ve hem ticari sigorta şirketleri hem de Medicare ve Medicaid Servisleri Merkezleri tarafından uygulanan çok sayıda 'değer temelli performans ödeme' programı bulunmaktadır (Chee ve diğerleri, 2016, s. 2198). Değer temelli satın alma, ABD sağlık sisteminin iyileştirilmesi için yaygın olarak tercih edilen bir stratejidir. Bu stratejinin temelinde yatan mantık, ödeme yapanların hizmetler için ödemekten daha fazlasını yapması gerektiğidir. Bu modelde yüksek kaliteyi düşük kaliteli hizmetlerden ayırıp, kaliteli olanların ödüllendirilmesi ya da düşük maliyetli olanı ödüllendirecek bir ödeme mekanizmasını kullanmasıdır. Değer temelli satın alma ile karakterize bir sağlık sisteminin israf içeren hacme dayalı satın alımın yerine geçmesidir (Tanenbaum, 2016, s. 1033).

Değer temelli satın alma incelenirken incelemenin odak noktası olarak üç ödeme yöntemi görülmektedir. Bunlar (Damberg ve diğerleri, 2014a, s. iii):

- Performansa Dayalı Ödeme (Pay-for- performance programs),
- Sorumlu Bakım Kuruluşları (Accountable care organizations),
- Paket Ödemeler (Bundled payments) şeklindedir.

Bunlara ek olarak 'Hizmete Dayalı Ödeme Yöntemi'ne de değinilmiştir.

1.6.1. Hizmete Dayalı Ödeme Yöntemi (Fee-For-Service)

Hizmete dayalı ödeme yöntemi hastanelere ve hekimlere hizmet kalitesi veya elde edilen sonuçlardan bağımsız olarak daha fazla hizmet için daha fazla ödeme yapmaktadır (Miller, 2007, s. 26).

Hizmete dayalı ödemeler, bir takım olumsuz özelliklere sahiptir. Sağlık bakım maliyetlerini arttırmakla beraber özellikle yüksek maliyetli ürün veya hizmetlerin israflı kullanımını teşvik etmesi ve farklı tedarikçiler arasındaki finansal teşvikleri düzenlemek için etkisinin olmaması gibi iki temel nedenden dolayı bakım değerini potansiyel olarak düşürmektedir. Bir diğeri, bu ödeme yöntemiyle hastalar, ihtiyaç duymadıkları ve istemeyebilecekleri bakımı alabilmekte ve böylece gereksiz masraflar oluşmakta bu da sigorta şirketleri de dâhil tüm sağlık hizmeti tüketicileri için primleri, indirimleri ve maliyet paylaşımını arttırmaktadır (Calsyn ve Lee, 2012). Bu nedenle hizmete dayalı geri ödeme yönteminde hizmetlerin sayısında bir sınır olmaması ve kalite veya sonuçlardan bağımsız olarak sağlık hizmeti kuruluşlarına ödeme yapılması nedeniyle alınan her hizmet içindeki işlemlerin sayısı ve maliyeti açısından sağlık hizmeti alan kişileri riske sokmaktadır (Miller, 2009, s. 1419). Ayrıca bu modelin hastaların sağlığını önemli ölçüde artırabilme ve sistemdeki sağlık bakım maliyetlerini önemli ölçüde düşürebilme gibi özelliklere sahip olan önleyici bakım veya hasta eğitimi gibi düşük maliyetli, yüksek değerli hizmetleri teşvik eden bir yapısı bulunmamaktadır (Calsyn ve Lee, 2012).

Sonuç olarak tüm ödeme yöntemleri ile beraber sağlık sistemlerindeki herhangi bir modelde, bir dereceye kadar ekonomik riski sağlayıcı ve sağlık sistemi üstlenmektedir. Günümüzde bu riski yönetmek için sağlık hizmeti sağlayıcıları, sunulan hizmetin bireylere değer katıp katmadıklarını belirlemek için kalite ölçütlerini, güvenlik önlemlerini, hizmet kullanımlarını ve maliyetlerini yeniden değerlendirmektedir (Henkel ve Maryland, 2015, s. 6). Değer temelli ödemenin geliştirilmesi ve uygulanmasındaki aşamalarda sürekli yenilikçiliğin istenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda kamu ve özel sağlık programlarının iyileştirilmesi için bir strateji olarak kullanılmasını ilerletmek adına geçmiş sistemlerden alınan derslerin tanımlanması ve yayılması için ortak çaba gösterilmesi gerekmektedir (Damberg ve diğerleri, 2014, s. 179).

Değer temelli ödeme için kanıt tabanının geliştirilmesinde önemli zorlukların olduğu görülmektedir. Değer temelli ödeme modelinin başarılı bir şekilde uygulanıp uygulanamayacağı, maliyet ve kalite üzerinde etki gösterip göstermediği ve ne kadar gösterdiği konusunda çok az şey bilinmektedir (Damberg ve diğerleri, 2014, s. 179).

Değer temelli ödemeler, sağlık hizmeti sağlayıcıları için yeni bir dünya yaratmakla beraber mali ve gelir döngüsü liderleri için yalnızca bugün meydana gelen değişikliklere değil, gelecekteki değişikliklere hazırlanmalarını zorunlu kılmaktadır (Jensen ve Ward, 2016, s. 84). Değer temelli ödeme programlarında başka zorluklar da vardır. Bunları gidermek için ise daha geniş bir önlem kümesi geliştirmek, kalite iyileştirmesini sağlamak ve performans ölçümleri oluşturmak için gereken verilerin toplanmasını, veri altyapısını geliştirmek için yatırım yapılması gerekmektedir (Damberg ve diğerleri, 2014, s. 179). Dolayısıyla hala değer temelli geri ödemeye geçişi tam olarak değerlendirmek için, çeşitli modeller gözden geçirilerek birbiriyle ilişkili sistemlerde doğal olarak ortaya çıkacak olan riskler ve ödüller araştırılmaktadır (Henkel ve Maryland, 2015, s. 6).

Değer temelli satın alma, finansal teşvikleri belirli bir ölçüt üzerindeki sağlık hizmet sunucularının performansına bağlayan, geniş bir performansa dayalı ödeme stratejileri kümesini ifade etmektedir. Hem kamu hem de özel sektör, değer temelli satın alma stratejilerini, kaliteyi iyileştirmek ve sağlık harcamalarında büyümeyi yavaşlatmak amacıyla kullanmaktadır. Değer temelli satın alma, Sorumlu Bakım Kuruluşları (ACO'lar) ve hem kalite hem de maliyet tasarım özelliklerini içeren Paketli Ödeme Programları dâhil olmak üzere şimdilerde test edilmektedir. Değer temelli satın alma, sağlık sistemi içerisinde yeni bir yöntem olmasından dolayı, istenen hedeflere ulaşmak için en iyi şekilde nasıl tasarlayabileceklerini, başarılı olmayı sağlayan en uygun koşulları ve teşviklere sağlayıcıların cevaplarını anlama açısından devam eden bir çalışmayı temsil etmektedir (Damberg ve diğerleri, 2014, s. ix).

1.6.2. Performansa Dayalı Ödeme (Pay-For-Performance Programs)

Performansa dayalı ödeme, kalite veya verimlilik ölçütleri için önceden belirlenmiş hedefleri/kriterleri karşılamaya dayanan, hizmet sağlayıcıların ödüllendirildiği (primler) veya cezalandırıldığı (ödemelerdeki azalmalar) bir ödeme düzenlemesini ifade etmektedir. Mali teşvikler, ödeme yapan tarafından belirtilen hedeflere ulaşmak için hizmet sağlayıcısının davranışını değiştirmek için kullanılmaktadır (Damberg ve diğerleri, 2014, s. 1). Bu ödeme yöntemi, klinik kalite kriterlerinin oluşturulması, ölçülmesi ve raporlanması ile oluşmaktadır. Bu yüzden bu ödemede sağlık hizmeti

sağlayıcılarını klinik kalite hedeflerine ulaşmak için bir ödüllendirme yöntemi kullanılmaktadır (Henkel ve Maryland, 2015, s. 7).

Performansa dayalı ödeme modeli mükemmel bir ödeme modeli olarak görülmemektedir. Genellikle teşvikler, hekim davranışını değiştirmek için veya etkilenen hasta nüfusunun değişimini kalıcı kılmak için yeterli olmamaktadır (Valence Health, 2013, s. 2). Raporlamalardan elde edilen sonuçların olumsuz olması, geri ödeme miktarının düşeceği endişesini yaratmaktadır. Gerekli hizmete bakılmaksızın ödüllendirme ve değer yerine hacmin ödüllendirmesi gibi çeşitli riskleri mevcuttur (Henkel ve Maryland, 2015, s. 7).

Bu model ödüllendirme açısından bakıldığında, sağlık hizmeti sağlayıcılarının daha fazla hizmet vermeleri karşılığında daha yüksek ödemeler alması nedeniyle temelde 'hizmete dayalı ödeme' modeline benzemektedir (Valence Health, 2013, s. 2). Ancak büyük sermaye harcamalarını önlemek için güçlü bilgi teknolojisi (BT) kapasitesi ve klinik entegrasyon gibi yeniliklerle sağlık hizmeti sunucularının ödemelerini değere göre ayarlamak adına iyi bir seçenek olacağı düşünülmektedir. (Henkel ve Maryland, 2015, s. 7). Değer temelli sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ödeme modellerinin uygulanması, istenen hedeflere ulaşmak için değer temelli ödeme programlarının en iyi nasıl tasarlayabileceğini, başarılı uygulamayı destekleyen optimal koşulları ve teşviklere verilen cevabın nasıl sağlayacağı konusunda devam etmekte olan bir çalışmayı temsil etmektedir (Damberg ve diğerleri, 2014, s. 179).

1.6.3. Sorumlu Bakım Kuruluşları (Accountable Care Organizations/ACO)

Sorumlu Bakım Kuruluşları (Accountable Care Organizations) hastalara koordineli, yüksek kaliteli bakım vermek için bir araya gelen hastane, hekim ve diğer sağlık hizmet sağlayıcı gruplarını ifade etmektedir (CMS, www.cms.gov, 2018; Damberg ve diğerleri, 2014, s. 1). Bu gruplarla koordine edilen bakımın amacı, hastalara verilen hizmetlerin gereksiz tekrarından kaçınmak, tıbbi hataları önlemek ve hastaların doğru zamanda doğru bakımı almasını sağlamaktır (CMS, www.cms.gov, 2018). Bu açıklanabilir sorumlu bakımın arkasındaki temel fikir, sağlık ve bakım sistemindeki farklı kuruluşların, hizmetleri entegre ederek ve sağlıklı olmayı engelleyen durumların

nedenlerini çözümler yerel halklarının sağlığını iyileştirmek için birlikte çalışmasıdır (Charles, 2018).

Bu ödeme modeli, hastalara karşı sorumlu bir sağlayıcı ağı oluşturarak kaliteyi arttırırken, sağlık maliyetlerini dūřürmeyi hedeflemektedir. Bununla birlikte sağlayıcıları, bakımdan daha sorumlu hale getirmek, bakımı daha koordineli ve hasta merkezli yapmak için önemli bir değişiklik yapılması gerekmektedir(Walker ve diğerleri, 2017, s. 429). Bu anlamda sorumlu bakım kuruluşlarının oluşumu; sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, bakım hizmetlerinin arttırılması, ödeme reformunun uygulanması, daha iyi nüfus sağlığının sağlanması, sağlık eğitimi ve tanıtımının arttırılması, hekim uyumunun iyileştirilmesi, bireysel hasta bakımının iyileştirilmesi ve hasta katılımının arttırılması gibi hedeflerle sağlık hizmetlerinde önemli bir etkiye sahiptir (Koury ve diğerleri, 2014, s. 45).

Bu ödeme modeli, hizmet sağlayıcısının geri ödemelerini kalite önlemlerine ilişkin performansa ve toplam bakım maliyetindeki azalmaya bağlamaktadır. Hizmet sağlayıcılar, sorumlu bakım kuruluşları ile finansal risk almayı kabul etmektedir. Ayrıca sorumlu bakım kuruluşları ile ödeme yapan arasında, anlaşılan kalite ve harcama hedeflerine ulaşmaları koşulu ve bakımın iyileştirilmesi yoluyla elde edilen tasarrufların bir payını almaya hak kazanmaktadır (Damberg ve diğerleri, 2014, s. 1).

Bu model kullanırken kalite ve finansal ölçümlerin oluşturulması, başarı için hayati ve gerekli unsurlardır. Kalite ölçütleri, sağlayıcıların sadece bakım maliyetini dūřürmeye odaklanmadıklarından emin olmaları için bir duraktır; bu da, bakıma özen gösterilmesini sağlamaktadır. Ancak bu ortaklık için hastaların belirli bir sağlık bilgi düzeyine sahip olması gerekir. Finansal ölçütler ise kuruluşun genel verimliliğini korurken ve potansiyel olarak kaliteyi iyileştirirken maliyeti en aza indirmeyi amaçlar. Böylelikle iyileştirilmiş kalitenin, harcama artışını gerektirmediğini anlamının yanında bunların her ikisinin de bu modelde birbirleriyle ilişkili bileşenler olduğunu anlamak önemlidir (Koury ve diğerleri, 2014, s. 52).

Bu anlamda maliyetlerin artışını azaltırken bakım sunumu ve nüfus sağlığını iyileştirerek, temel işlevlerin nasıl oluşturulacağı ve uygulanacağı konusunda geniş ve derin bir anlayış geliştirmek için mevcut ya da yeni oluşturulan modeldeki sorumlu

bakım kuruluşları, ‘Hızlandırılmış Gelişim Öğrenme Oturumları (ACO: Accelerated Development Learning Sessions)’ gerçekleştirmektedir (CMS, www.cms.gov, 2018a).

1.6.4. Bakım Geliştirme için Paketli Ödemeler (Bundled Payment)

Bakım geliştirme için paketli ödemeler (Bundled Payments for Care Improvement-BPCI), bir bakım sırasında birden fazla hizmetten yararlanan hastalar için ödemeleri birbirine bağlayan, geniş bir şekilde tanımlanmış dört bakım modelinden oluşan ödemelerdir. Bu ödeme kapsamında, kuruluşlar, bakım bölümleri için finansal ve performans hesap verebilirliğini içeren ödeme düzenlemelerine gitmektedir. Bu modellerin, sistemde daha düşük bir maliyetle daha yüksek kalitede ve daha koordineli bakım sunabileceği düşünülmektedir (CMS, www.cms.gov, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılından beri ‘hastane geri kabul azaltma programı’, ‘hastane değerine dayalı satın alma programı’, ‘bakım geliştirme için paketli ödemeler’ ve ‘bakım geliştirmede gelişmiş paketli ödemeler’ gibi paketli ödeme programlarını da içeren birkaç değer temelli program kurulmuştur. Bu programlar ücretleri veya geri ödemeleri belirli süre boyunca verilen bakımın kalitesiyle ilişkilendirmektedir (McCarthy ve Pansey, 2018, s. 1).

Sağlık hizmet sağlayıcılarına, bir hastanın belirli bir durum veya prosedür için ihtiyaç duyduğu bakımın tamamı ile ilgili tahmini masrafları karşılamak adına bir bütçe sağladığı, bakımın bir bölümü olarak adlandırılan sabit fiyatlı sözleşmelere benzemektedir (Henkel ve Maryland, 2015, s. 7).

Bakım Geliştirme için Paketli Ödemeler (Bundled Payments for Care Improvement) Model 1'de bakım bölümü, akut bakım hastanesinde yatan hasta olarak tanımlanmaktadır. Model 2'de, bölüm akut bakım hastanesinde yatan hastaya ek olarak akut sonrası bakım ve hastanenin taburcu edilmesinden 90 gün öncesine kadar ilgili tüm hizmetleri içermektedir. Model 3'te bakım bölümü, akut bakım hastanesinde kalışla oluşur, ancak nitelikli bir bakım tesisi, yatan hasta rehabilitasyon kurumu, uzun süreli bakım hastanesi veya evde bakım sağlık kurumu ile akut bakım sonrası hizmetleri kapsamaktadır (Hegwer, 2017, s. 14).

Model 4'te, hastaneye, bakım dönemi boyunca tüm yatılı kalış sürelerini içeren, hastane, hekimler ve diğer sağlık personelleri tarafından sunulan tüm hizmetleri kapsayan ileriye dönük belirlenmiş bir ödeme yapılmaktadır (CMS, www.cms.gov, 2019). Bu bakım döngülerindeki *paket fiyat*; akut bir tıbbi durum için tam bakım döngüsünü kapsayan tek bir fiyat, kronik bir durumun genel bakımı için zamana dayalı geri ödeme, tanımlanmış bir hasta segmenti için birincil/önleyici bakımla zamana dayalı geri ödeme şeklindedir (Porter, 2014, s. 26).

Bu geriye dönük ödeme modellerinde, Medicare hizmet bedeli ödemelerini (fee-for-service) yapmaya devam eder; bölüm için yapılan toplam harcama daha sonra Medicare & Medicaid Yenilik Merkezi (Center for Medicare & Medicaid Innovation CMS) tarafından belirlenen paket ödeme (bundled payment) tutarına (hedef fiyat) karşı uzlaştırılmaktadır. Daha sonra Medicare tarafından hedef fiyata kıyasla toplam harcamaları yansıtan şekilde bir ödeme yapılmaktadır (Hegwer, 2017, s. 14).

Bakım geliştirme için paketli ödemeler, hizmet için belirlenen maliyet tutarının aşılması gereken riskli mali harcamaların ve bakım bölümlerinin fazla olması açısından hizmete dayalı ödemeye benzeyerek değer yerine hacme yönlendirme özellikli riskler taşımaktadır. Aynı zamanda tasarruf sağlanması için harcamalar önceden görülmekte, gereksiz işlemler kaldırılarak işlemlere ödenen tutarlar azaltılmakta ve istenen sonucu elde etmek için hangi hizmetlerin sunulacağını belirleme konusunda sağlık hizmeti sunanlara esneklik sağlamaktadır (Henkel ve Maryland, 2015, s. 8).

Sağlık hizmetlerinde işverenler, ödeme yapanlar, sağlayıcılar ve sağlık sistemleri gibi gruplar değer temelli bakım reformunda rekabet etmek için bu paketleri atılacak ilk adım olarak görmektedir. Paketlerin kullanılması; sonuçların sadece sağlık sisteminin bir bölümü ile değil, hastanede yatan ve ayakta tedavi dâhil olmak üzere tüm bakım şartlarında tıbbi bir durumla ölçülmesi, hasta adına servis hattı değerini geliştirmek için etkili klinik yollar sağlamaktadır (Wegner, 2016, s. 277).

1.7. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kaliteli bir ürün veya hizmet üretmek demek, beklentileri karşılamak ve bu beklentileri aşmak demektir. Beklentiler değişken olduğu için de kalitenin sürekli geliştirilmesi

gerekmektedir (Spath, 2009:3). Değer temelli sağlık hizmetleri de kalite, çıktılar ve maliyet konularında kurumlarının sistemlerini yeniden tasarlamalarını gerektiren, bu tasarımlar sonucunda gerçekleşen iyileştirmelerle mali tasarrufların sağlanmasına odaklanır (Petersen ve diğerleri, 2016, s. 257).

Sağlık hizmeti alanlar yani hastalar, sağlık hizmeti sunucularını seçme konusunda kararlarını verirken kalite konusuna önem vermektedir. Bu yüzden de hastalar, sağlık hizmeti sunanlardan hesap verebilir olmalarını bekleyerek, sağlık hizmeti için harcadıkları ücret karşılığında aldıkları değeri ölçmeye çalışmaktadır. Değer temelli satın almanın bu konuda belirlediği en yaygın stratejiler altı kategoride sınıflandırılabilir (Maio, Goldfarb, Carter ve Nash, 2003, ss. 3–5):

1. *Kalite hakkında bilgi toplama*; bakımın kalitesi hakkında bilgi toplamak, değer temelli satın alma girişimlerinde ilk adım olarak görülmektedir.
2. *Yüksek kaliteli hizmet sunan sağlık hizmeti sağlayıcıları ile sözleşmeler*; bu konuda seçici olmak potansiyel olarak kaliteyi artırma ve maliyeti düşürme açısından önemlidir.
3. *Kalite iyileştirmek için sağlık hizmet sunucuları ile ortaklık*; değer temelli satın almanın ilkesi, sağlık hizmeti sunucularına performansları hakkında geribildirim vererek, bunları ölçerek bakımdan sorumlu tutmak ve bu performansı iyileştirmek adına beraber çalışmaktır.
4. *Altı sigma kalitesini desteklemek*; altı sigma metodolojisi; tanımla, ölç, analiz et, geliştir ve kontrol et olmak üzere ardışık beş adımdan oluşmaktadır. Değer temelli satın almanın başlangıç aşamasında, bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi için umut verici görünmektedir.
5. *Kalite konusunda eğitim*; hem kamu hem de özel kurumlar, hastalara; sağlık planlarını, hekimleri, hastaneleri ve diğer kurumları kaliteye dayalı seçme konusunda eğitim materyalleri sağlamak için çeşitli girişimler yaratmaktadır. Hastaların kalite problemlerine ve güvenlik konularına dâhil olmaları, sağlık hizmeti sunan kuruluşların plan ve karar alma süreçlerini kolaylaştırabilir, olumlu değişikliklere yol açabilir.

6. *Yüksek kaliteyi ödüllendirme ve düşük kaliteyi cezalandırma*: Ödüllendirme veya cezalandırma sağlık hizmeti sunanların performans planları için yaygın bir stratejidir.

Donabedian sağlık hizmetleri kalitesini yedi özelliğin belirleyebileceğini belirtmektedir. Bu özellikler, etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık (meşruluk) ve hakkaniyet (eşitlik)tir (Şahin, 1999, ss. 17–18). Değer temelli sağlık hizmetlerinde öne çıkan bu özelliklerden bazıları şöyle açıklanmaktadır.

Etkililik; herhangi bir örgüt veya kuruluşun daha önce belirlenmiş amaç ve hedeflere ulaşma derecesi ortaya koyan performansın ifadesidir (Horngren, Foster ve Datar, 1999, s. 229). Kuruluşun, amacını, hangi hizmet veya ürünü neden ürettiğini, bu amaç doğrultusunda yapılacak seçimlerin ne kadar uygun olduğunu, sağlanacak yararın birey ve toplum açısından ne ölçüde dengelenebileceğini, özetle ‘doğru iş’in yapılıp yapılmadığına dair cevap aramaktadır (İmirlioğlu, 2012, s. 19). Amaçlara ulaşabilme derecesi olarak tanımlanan etkililik; gerçekleşen çıktının planlanan çıktıya oranı ile ifade edilir (Çelik, 2016, s. 319; İmirlioğlu, 2012, s. 19).

Etkinlik; minimum maliyet veya çaba ile maksimum çıktıyı elde edebilme yeterliliğidir (Çavmak ve Çavmak, 2017, s. 22). Başka bir tanım ise belirlenen çıktı seviyesine ulaşmak için en az girdinin kullanılması veya belirlenmiş girdiler ile en çok çıktı seviyesinin sağlanmasıdır (Eroğlu ve Atasoy, 2006, s. 74). Etkinlik; girdilerin çıktılara dönüştürme sürecidir ve girdilerdeki standart miktarın, gerçek(kullanılan) miktara olan oranı ile ifade edilmektedir (İmirlioğlu, 2012, s. 19). Yapılacak herhangi bir karşılaştırmada etkinlikten söz edebilmek için en iyi verimlilik seviyesinin sağlanması gerekmektedir(Öncel ve Şimşek, 2011, s. 89).

Verimlilik; hizmet veya ürün olarak çıktı üretmek amacıyla kullanılan ‘girdi’ ile bu üretim sürecinin sonunda israfın önlenerek kaynakların en iyi şekilde değerlendirilmesiyle elde edilen ‘çıktı’ arasında bulunan ilişki verimlilik olarak ifade edilmektedir (İmirlioğlu, 2012, s. 19; Yükücü ve Atağan, 2009, s. 4). En uygun düzeyde kaynak kullanımını bulmak için, kullanılan kaynaklar ile elde edilen ürünler arasında ilişkinin oransal olarak izlenmesi gerekmektedir (Arslan, 2002, s. 3; Çelik, 2016, s.

317). Verimlilik üretim neticesinde elde edilen çıktının, üretimin gerçekleşmesi için gerekli olan bütün girdiye olan oranıdır (İmirlioğlu, 2012, s. 19).

Doğru ürün ve hizmet üretmesi, zamanın ve mekânın doğru kullanılması, miktarların tam ve etkin kullanılması, uygun olan en az maliyetle müşteri beklentilerine uygun olarak, toplumsal faydanın ve insan kaynaklarının gözetilmesi verimlilik ilkeleri olarak birbirlerini tamamlamaktadır (Büyükkılıç, 2004, s. 44).

Herhangi bir faaliyetin verimli olarak nitelendirilmesi için (Çelik, 2016, s. 317);

- Hizmet veya ürün üretmek adına aynı girdi ile elde edilen mevcut çıktıdan daha fazla çıktının sağlanması,
- Aynı çıktı miktarını elde etmek için daha az girdinin kullanılmasını sağlanması
- Girdi artış miktarının çıktı artış miktarından daha az olması gerekmektedir.

Maliyet tasarrufu, toplum sağlığını derinlemesine incelemek, ulaşılmaması en zor olanlara ulaşmak, bir topluluğun tüm üyelerinin sağlığını geliştirmek ve toplumların ihtiyaçlarını karşılamak için uzun vadeli yatırımları gerektirmektedir. Değer temelli sağlık hizmetleri ile gelişen sistem, nüfus sağlığının iyileştirilmesini, akut tıbbi bakımın yükünün azaltılmasını sağlayarak, yaşam kalitesini ve en önemlisi verimliliği artıracaktır (Petersen ve diğerleri, 2016, s. 259).

Hemen hemen tüm hastanelerde maliyet tespiti, departmanlar tarafından daha önce belirlenmiş sözleşmelere göre yapılmaktadır ve bu nedenle de tıbbi bir durum için tam bir bakım döngüsüne dayanmamaktadır. Verimliliği ölçmek için zamana dayalı ve faaliyete dayalı maliyet ölçümünün kullanılması, sağlayıcıların tek tek değil, ekip olarak çalışmasını, becerilerini göstermesini sağlayarak sağlık sistemlerinin verimliliğinin artmasına yardımcı olmaktadır. Bunun sonucunda da daha iyi kapasite kullanımı ve en uygun maliyetli bakım ortaya çıkmaktadır (Wegner, 2016, s. 277).

Herhangi bir hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin verimli olup olmadığı; sağlık personelinin verimliliği, daha fazla hastanın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlama, verilen aynı sağlık hizmetinin daha düşük maliyetle sağlanması, bir hizmet için kullanılan kaynak miktarının (daha az sağlık personeli, ekipman) sağlık hizmeti alan hastalara nazaran daha az olması gibi göstergelerden anlaşılabilir (Çelik, 2016, s.

317). Sağlık hizmetlerinin sunumuna verimlilik diğer alanlarda olduğu gibi kaynak israfını önleyerek, elde bulunan kıt kaynakları en iyi şekilde değerlendirmekten geçmektedir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarının etkinliğini ve verimliliğini değerlendirmek, sorunları yerinde bulup gidermeye çalışmak ve hizmet sunumundaki verimi sağlamak amacıyla “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge” oluşturulmuştur. Yönergeye ile İl Sağlık Müdürlüğü ve sağlık kurumlarında görev yapan, gözlemci eğitiminde başarılı olan ve en az iki kişiden oluşan ‘verimlilik gözlem ekipleri’, sağlık kurumlarını, ‘yerinde değerlendirme soru listeleri’ ne göre değerlendirmektedir. Gözlemci, hasta ve hasta yakınlarının hak ve mahremiyetini göz önünde bulundurarak, işleyişi aksatmadan bütün alanları inceleyerek değerlendirme raporlarını takip modülüne kaydetmektedir. İlgili birimler tarafından kontrol edilen değerlendirme raporları Genel Müdürlük tarafından on beş gün içerisinde onaylanarak, İl Sağlık Müdürlüklerine modül üzerinden gönderilmekte ve onaylanan değerlendirme raporlarına on beş gün süresince itiraz hakkı bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2018).

Görüldüğü üzere her konuda olduğu gibi sağlık konusunda da verimlilik anlayışı çok önemlidir. Bu kavramın geliştirilebilmesi için; sistemi, ülkenin koşullarını ve toplumun sosyoekonomik durumunu tanımlamak, ileriye yönelik sistemi oluşturmak, eski çalışmalardaki olumlu ve olumsuz sonuçları değerlendirerek günümüze ve geleceğe entegre etmek, eğitilmiş insan gücüne önem vermek ve hizmet verilen kesimle güvenli bir ortamda etkili iletişimin sağlanması gerekmektedir (Pişkinsüt, 1994, s. 90).

Sadece sağlık hizmeti üretimini vurgulamak yerine, hasta değerini de vurgulayan değer temelli sağlık hizmeti sunumunun bu anlamda gerekli olduğu düşünülmektedir (Vilhelmsson, 2017, s. 1). 1990 yıllarda sağlık hizmetlerinde değer temelli satın almanın ortaya çıkmasıyla beraber hastalar, artan maliyetler ve düşük kalite karşısında, sağlık çalışanlarının kalitelerini, çalışanların kalıcılığını, memnuniyetini ve verimliliğini etkileyebilecek gerçek kullanıcılar olarak görülmeye başlamıştır (Maio ve diğerleri, 2003, s. 5; Tanenbaum, 2016, s. 1034). Sağlık hizmeti maliyetlerindeki artışlar ve sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili endişelerin artmasıyla, politika yapıcılar ve uzmanlar sağlık bakım sistemini yeniden tasarlamının yollarını aramaktadır. Son zamanlarda

hastaların hizmet alırken hizmetin kalitesini ölçmeye çalışması, kamu ve özel sektörü, değer temelli satın alma faaliyetlerine yönelmektedir (Maio ve diğerleri, 2003, s. vi)

Değere temelli satın alma, sağlık hizmetleri için kaliteyi iyileştirmek, maliyetleri düşürmek veya her ikisini birden yapmak için tasarlanan genel bir terimdir (CHQPR, www.healthit.gov, 2015). Değer temelli satın alma, sağlık hizmet sunumunda mükemmelliği ödüllendirmek için kamu ve özel sağlık sigorta organizasyonları, işverenler ve bireysel tüketicilerin eylemlerini içeren talep yönlü bir stratejidir. Burada bahsedilen ödül; kamuoyu raporlaması yoluyla daha fazla itibar ve tanınma, kademeli geri ödeme yoluyla ödemeleri arttırma ve ödeme yapan, bireysel tüketici olan hastaların seçimi yoluyla artan pazar payı olmak üzere üç şekilde ifade edilmektedir (MABGH, www.mabgh.org, 2018).

Değer temelli sağlık bakımı için bazı stratejik adımlarından bahsedilmektedir. Bunlar (Maio ve diğerleri, 2003, s. 6):

- Kalite hakkında bilgi ve veri toplamak,
- Kaliteyi arttırmak için planlar yapmak veya sağlık bakımı sağlayanlarla ortaklık ilişkisi kurmak,
- Sağlık hizmeti alacak olan hastaları kalite konularında eğitmek ve
- Sağlık bakımı sunan personeller için, teşvik etme veya engelleme planlarının kullanılmasıyla ödül veya ceza sisteminin oluşmasını sağlamaktır.

Değer temelli ödeme, bir hizmet için ödeme miktarının bir şekilde verilen hizmetin kalitesine veya maliyetine bağlı olduğu bir ödeme modelini tanımlamak için kullanılan diğer bir terimdir. (CHQPR, www.healthit.gov, 2015). Değer temelli ödeme, hacmi ödüllendirme yerine, maliyet, kalite ve sonuç ölçütleri açısından daha iyi sonuçları ödüllendirmektedir. Sağlık hizmeti sunanlar, öngörülen performans önlemlerine ulaşma şartına bağlı olarak, bir sağlık hizmetini kalitesine ve maliyetine bağlı olarak bir ödül ve sonuç sistemi karşılaşmaktadır. Bu konuda verilen teşvikler, gereksiz ve masraflı bakımı engellemek için yapılandırılmıştır (Gerhardt, Korenda, Morris ve Vadnerkar, 2015, s. 2). Bu yüzden performans ölçütlerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinin, hastalardan geri bildirim olarak kaliteli bir sağlık hizmeti sunma konusunda hizmet sunuculara fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Koury ve diğerleri, 2014, s. 51).

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmada sağlık hizmetleri için yeni bir konu olan değer temelli sağlık hizmetleri konusunun incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulguların sağlık hizmetlerine fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu ifade edilen genel amaç doğrultusunda, araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Değere temelli sağlık hizmeti sağlık yöneticilerine ne ifade etmektedir?
2. Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta, kurum ve sağlık personeline ait değer nasıl oluşturulabilir?
3. Değer temelli sağlık hizmetine geçiş gerekli midir?
4. Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemi nasıl sağlanabilir?
5. Hangi alanlardaki düzenlemelerle değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabileceği düşünülmektedir?
6. Değer temelli sağlık hizmetinin bileşenleri değer temelli sağlık hizmeti dönüşümünde nasıl değerlendirilebilir?
7. Değer temelli sağlık hizmetine geçiş gerçekleştirilebilir mi, gerçekleştirilirse nasıl gerçekleştirilebilir?

Değer temelli sağlık hizmetlerinin gerek yeni bir kavram olması gerek çıktılarının kalitesinin ve maliyetin birlikte dikkate alındığı bir yaklaşım olması, uygulamanın bilimsel literatüre katkı sağlaması ve ülkemizde bu uygulamaya ilişkin bir literatür oluşturması araştırmanın önemini göstermektedir.

2.2. Araştırmanın Modeli ve Deseni

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesi amacıyla nitel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Güler, Halıcıoğlu ve Taşgın (2015, s. 30) nitel araştırmayı, “*İnsanların yaşadıkları dünyayı ve buradaki tecrübelerini nasıl algıladıkları ve nasıl yorumladıklarını adlandırmak üzere geliştirilen araştırma yaklaşımlarını adlandırmak üzere kullanılan genel bir tanımdır.*” şeklinde ifade etmişlerdir.

Nitel araştırmalar, sosyal gerçekliğin ve insan davranışlarının anlamlandırılmaya çalışıldığı, nitel veri toplama yöntemlerinden olan; gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi yöntemlerinin kullanıldığı araştırmalardır. Bu araştırmalar, belirli bir ortam veya belirli bir durumla ilgili olabilir. Araştırmayı yürüten kişi çeşitli sorulara cevap aramak, insan davranışlarının arkasında yatan gerçekliği bulmak, kuramsal bir ereve oluşturmak amacıyla, gözlemci olarak çalışmayı yürütmek için belirli ortamlara girmektedir (Gürbüz ve şahin, 2017, s. 103).

Nitel araştırma deseni araştırma yaklaşımlarını belirleyen ve rehberlik eden bir strateji olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım ve şimşek, 2016, s. 67). Nitel araştırmaların yapılması için kullanılacak desen türleri ise; temel nitel araştırma (Merriam ve Tisdell, 2015, s. 42), anlatı araştırması, kuram oluşturma, durum çalışması, kültür analizi ve olgu bilim olarak sınıflandırılabilir (Creswell, 2017, s. 31; Yıldırım ve şimşek, 2016, s. 352). Bu araştırmada nitel araştırma desenlerinden olan temel nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Temel nitel araştırma deseninde genel amaç, insanların yaşamlarını ve deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını ortaya koymaktır. Bu nedenle, temel nitel araştırma deseni; insanların deneyimlerini nasıl yorumladığı, kendi yaşamlarından ve dünyalarından ne anlam çıkardığı ile ilgilenilmektedir (Merriam ve Tisdell, 2015, s. 24).

Bu araştırmada sağlık kurumlarında çalışan st düzey sağlık yöneticilerinin deneyim ve değerlendirmeleri sayesinde, değer temelli sağlık hizmeti ile görüşlerini öğrenmek ve konu hakkında ayrıntılı bilgiye ulaşılmak nedeniyle nitel araştırma yöntemi ve temel nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Bu sayede sektörün içerinde bulunan yöneticilerin değer temelli sağlık hizmetine ilişkin görüşlerinin öğrenilmesi ve konuya ilişkin alan yazına katkı sağlanması hedeflenmiştir.

2.3. Araştırmanın Katılımcıları

Nitel araştırmalarda araştırmayı yürüten araştırmacı yaşanan tecrübeleri, ortaya çıkan olayları ve sorunları gzlemleyebileğeği alanlarda araştırma yaparak, bilgi toplama eğilimindedir. Nitel araştırmacı katılımcıların tecrübelerini birinci ağızdan alarak, sorunların nasıl ve nereden çıktığını gözlemleyerek verileri anlamlandırmaya çalışmaktadır (Güler ve diğerleri, 2015, s. 40). Nitel araştırmalarda nicel araştırmalara kıyasla örneklem büyüklüğü belirlemek daha zordur (Büyüköztürk, Kılıç, Akgün,

Karadeniz ve Demirel, 2016, s. 94). Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün ne kadar olması gerektiği konusu yıllardır tartışılmakta ve nitel araştırmalar için en başta bir örneklem büyüklüğünün belirlenmesinin yerine, elde edilen verilerin araştırma açısından yeterli doygunluğu sağladığı noktada örneklem büyüklüğünün belirlenmesi gerektiği ifade edilmektedir. (Creswell, 2017, s. 82). Çünkü nitel araştırmalarda elde edilen bilgilerin genellemesi zordur. Bu nedenle de evren ve örneklem belirlemek önerilmemektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016, s. 311).

Araştırmanın amaçları doğrultusunda görüşülmesi gereken kişilerin belirlenmesinde *amaçlı örnekleme* yöntemlerinden *kolay ulaşılabilir örnekleme* ve *lt örnekleme* yöntemi kullanılmıştır. Kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi, verilerin en kolay şekilde elde edileceği bireylerin, yürütülecek olan araştırma için örnekleme kapsamına alınmasıdır (Kurtuluş, 2010, s. 63). Ölçüt rnekleme yöntemindeki temel düşünce ise belirlenmiş ltleri karşılayan durumların araştırılmasıdır. Bu yöntem ile yapılacak olan çalışmada belirlenecek olan ölçüt veya ölçütler için önceden hazırlanmış ölçüt listeleri kullanılabileceği gibi araştırmacı tarafından oluşturulan ölçütler de kullanılabılır (Yıldırım ve şimşek, 2016, s. 122).

Bu çalışmada kullanılan ölçütler şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu/özel hastanelerde veya sağlık kurumlarında görev yapıyor olmak,
- Sağlık kurumunda (hastane direktörü, müdür veya müdür yardımcılığı, başkan veya başkan yardımcılığı, başhekim veya başhekim yardımcılığı vb.) st düzey bir idari görevde bulunuyor olmak,
- Çalışılan kurumda en az bir yıl (hastane direktörü, müdür veya müdür yardımcılığı, başkan veya başkan yardımcılığı, başhekim veya başhekim yardımcılığı vb.) idari görevde bulunmuş veya bulunuyor olmak.

Katılımcıların zgemişleri ve sahip oldukları unvanlar itibari ile kimliklerinin ortaya ıkınamaması için çalışmanın yapıldığı ilin ismi gizli tutularak, 'X ili' olarak ifade edilmiştir. Bu doğrultuda çalışmanın evrenini; çalışmanın yapıldığı zaman diliminde, belirlenen X ilinde sağlık kurumlarının karar verme sürecinde rol alan st düzey sağlık yöneticileri (başkan, başkan yardımcıları ve hastane yöneticileri) oluşturmaktadır.

Çalışmanın amacı doğrultusunda evrene uygun olacak şekilde kolay ulaşılabilir ve ölçüt örnekleme yöntemleri esas alınarak örneklem oluşturulmaya çalışılmıştır. Çalışma kapsamında belirlenen 10 üst düzey sağlık yöneticisine ulaşılmak hedeflenmiş ancak konunun Türkiye açısından yeni bir konu olması, konu hakkında tam olarak detaylı bilgi sahibi olunmaması ve zaman kısıtı gibi nedenlerle görüşmeyi kabul eden 7 üst düzey sağlık yöneticisi ile görüşmeler yapılarak araştırma verileri elde edilmiştir. Katılımcılara ait bilgiler aşağıda sunulmuştur (Tablo 2).

Tablo 2
Katılımcıların Kod İsimleri ve Kısa Özgeçmiş Bilgileri

Katılımcı Numarası	Katılımcı	Özgeçmiş
1	Yusuf Bey	İşletme bölümü mezunu, Sağlık Yönetimi ve Biyomedikal alanında yüksek lisans mezunu, mesleki olarak sağlık alanında otuz yıllık hizmet deneyimine sahip ve özel bir hastanede sekiz yıldır Hastane İdari Direktörlüğü görevine devam etmektedir.
2	Eymen Bey	Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Kamu Yönetimi bölümleri mezunu ve İşletme Yönetimi yüksek lisans mezunu, mesleki olarak sağlık alanında on iki yıllık hizmet deneyimine sahip, bir kamu hastanesinde iki yıldır Müdür Yardımcılığı görevine devam etmektedir.
3	Ömer Bey	Tıp Fakültesi lisans ve yüksek lisans mezunu, mesleki olarak sağlık alanında on sekiz yıllık hizmet deneyimine sahip ve bir sağlık kurumunda yedi yıldır Sağlık Hizmetleri Başkanlığı görevine devam etmektedir.
4	Miraç Bey	Tıp fakültesi mezunu, mesleki olarak sağlık alanında otuz yıllık hizmet deneyimine sahip ve bir sağlık kurumunda yedi yıldır Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı görevine devam etmektedir.
5	Zeynep Hanım	Tıp Fakültesi mezunu, mesleki olarak sağlık alanında yirmi bir yıllık hizmet deneyimine sahip ve bir sağlık kurumunda bir buçuk yıldır Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı görevine devam etmektedir.
6	Berat Bey	Tıp Fakültesi mezunu ve İşletme yüksek lisans mezunu, mesleki olarak sağlık alanında yirmi yıllık hizmet deneyimine sahip ve özel bir hastanede bir buçuk yıldır Başhekim ve Mesul Müdür olarak görevine devam etmektedir.
7	Elif Hanım	Tıp Fakültesi mezunu, mesleki olarak sağlık alanında dokuz yıllık hizmet deneyimine sahip ve kamu hastanesinde iki yıldır Başhekim Yardımcılığı görevine devam etmektedir.

Araştırmaya katılan 7 katılımcının etik açıdan kimliklerinin ortaya çıkmaması adına her birine kod isim verilmiştir. Kod isim verilirken Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü istatistik verilerine göre, 2016 yılında en çok verilen isimler kullanılmıştır (Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, www.nvi.gov.tr, 2016).

2.4. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Nitel araştırma yöntemlerinin zaman alıcı olması nedeniyle esnek veri toplama araçları kullanılarak küçük örneklemeler üzerinde çalışılır (Gürbüz ve Şahin, 2017, s. 103). Nitel araştırma yöntemlerinde kullanılan başlıca veri toplama teknikleri; dokümanlar, gözlem, anket ve mülakatlardır (Güler ve diğerleri, 2015, s. 41; Gürbüz ve Şahin, 2017, s. 103). Temel nitel araştırma deseninde veriler görüşmeler, gözlemler ve doküman analizi yoluyla toplanmaktadır (Merriam ve Tisdell, 2015, s. 24).

Nitel örneklemelerinde nicel örneklemelerinde olduğu gibi araştırmaya katılanların yapılacak olan çalışma hakkında bilgilendirilmesi, yasal izinlerin alınarak çalışmaya gönüllü katılımların sağlanması gerekmektedir (Creswell, 2017, s. 82). Esnek bir yapıda bulunan nitel araştırmalarda çalışmaya başlamadan önce belirlenmiş planlar ve tasarımlar, alan üzerinde çalışmaya ve veri elde edilmeye başlandıktan sonra kısmen veya tamamen değişebilir (Güler ve diğerleri, 2015, s. 41). Ayrıca nitel araştırmaların diğer araştırmalardan ayıran özellikler ise çalışmaya katılanların gözlemlenmesi, doğrudan sorulan açık uçlu sorularla mülakatlar, odak grupları ve anketlerle verilerin elde edilmesi olarak sıralanabilir (Creswell, 2017, s. 4).

Araştırmanın için gerekli olan veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Görüşme tekniği yöntemi, nitel araştırmalarda kullanılan veri toplama araçlarından biridir. Veri toplamak adına bu yöntemin etkili ve verimli şekilde kullanılabilmesi için yöntemin temel özelliklerini, güçlü ve zayıf yönlerini iyi bilmek gerekmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016, s. 129). Literatürde genelde; yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşme yöntemi olarak üç sınıf görüşme yönteminin kullanılmaktadır. Bu yöntemler, araştırmayı yürüten kişi tarafından araştırma konusunun içeriğine, görüşme yapılacak kişilere ve inceleme yapılacak olguların türüne göre belirlenmektedir (Demir, 2009: 279; Aktaran; Yorulmaz, 2015, s. 48). Araştırmada yarı-yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem, nitel

araştırmalarda yaygın olarak kullanılan, araştırmacı tarafından araştırmaya başlamadan daha önce belirlenmiş soruların sorulduğu veya görüşme gerekleşiirken ortaya çıkan konulara göre yeni soruların da sorulduğu bir veri toplama yöntemidir (Güler ve diğerleri, 2015, s. 103).

Literatür incelemesi sonucunda oluşturulan görüşme formu, araştırma sorularına cevap alınabilecek, evet ya da hayır gibi tek kelimelik cevaplar verilmesini önleyecek şekilde hazırlanan 7 sorudan oluşmaktadır. Oluşturulan görüşme soruları şunlardır (Ek 1):

- Değer temelli sağlık hizmeti sizin için ne ifade ediyor?
- Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta, kurum ve sağlık personeline ait değer sizce nasıl oluşturulabilir?
- Değer temelli sağlık hizmetine geçiş sizce gerekli mi, neden?
- Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemi sizce nasıl sağlanabilir?
- Hangi alanlardaki düzenlemelerle değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabilir?
- Değer temelli sağlık hizmetinin bileşenlerinin değer temelli sağlık hizmeti dönüşümünde nasıl değerlendirirsiniz?
- Değer temelli sağlık hizmetine geçiş sizce gerçekleşebilir mi, neden?

Hazırlanan görüşme soruları neticesinde katılımcılarla yapılan görüşmelere ait bilgiler aşağıdaki gibidir (Tablo 3).

Tablo 3
Görüşmelerin Yer, Sayı ve Sürelerine İlişkin Bulgular

Katılımcı Numarası	Katılımcının Kod Adı	Görüşmenin Yapıldığı Yer	Görüşme Sayısı	Görüşme Süresi (Dakika)
1	Yusuf Bey	Ofis	1	55 dakika
2	Eymen Bey	Ofis	1	79 dakika
3	mer Bey	Ofis	1	69 dakika
4	Miraç Bey	Ofis	1	66 dakika
5	Zeynep Hanım	Ofis	1	63 dakika
6	Berat Bey	Ofis	1	43 dakika
7	Elif Hanım	Ofis	1	38 dakika

Görüşmeler araştırmacıya katılan her bir katılımcı ile bire bir yapılmış, verilerin kayıt altına alınması ise ses kayıt cihazı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Glesne (2012)'e göre ses kayıt cihazı kullanımının, not alınarak yapılan görüşmelere kıyasla, yapılan görüşmelerin tamamının kayıt altına alma olanağı sağlaması ve katılımcıların görüşmeye odaklanmasına yardımcı olması gibi avantajları bulunmaktadır (Yorulmaz, 2015, s. 50) . Bu nedenlerden dolayı araştırmada ses kayıt cihazı kullanılması tercih edilmiştir.

Araştırmada görüşülen katılımcıların hepsine ses kayıt cihazı kullanılması hakkında görüşleri sorulmuş ve kullanılmasında herhangi bir sakınca olmadığı taraflarınca belirtilmiştir. Katılımcılara görüşmeye başlamadan önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ve görüşme soruları sırayla yöneltilerek araştırma verileri elde edilmiştir.

2.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Nitel araştırmalarda elde edilen veriler; kişilerin davranışlarının gözlemlenmesinden, görsel veya işitsel ögelerin incelenmesinden, gerçek dokümanlara dayalı çalışmaların ve olayların belgelemesinden oluşmaktadır. Nitel araştırmacılar bu dokümanlardan elde ettikleri verileri en ince ayrıntısına kadar inceleyerek, defalarca analiz etmektedir. Bunun sonucunda da nitel araştırmacıların en önemli hedefinin katılımcıların problemlere, deneyimlere ve olaylara yüklemiş oldukları anlamları bularak, anlamaya çalışmak olduğu söylenebilir (Güler ve diğerleri, 2015, ss. 41–43). Alan yazına bakıldığında nitel verilerin analizinde farklı kavram ve yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Ancak veri analiz sürecini daha basit bir şekilde, betimsel analiz ve içerik analizi olarak iki grupta incelemenin mümkün olduğu ifade edilmektedir. Betimsel analizde amaç verileri, düzenleyerek yorumlanmış bir biçimde doğrudan alıntılara yer vererek açıklamaktır. İçerik analizinde amaç verilerin kavramsallaştırılması, düzenlenmesi ve bunun sonucunda verileri açıklayan temaların oluşturulmasıdır. İçerik analizinin bir önceki adımı olarak ifade edilen betimsel analiz ile yzeyssel olarak özetlenerek yorumlanan veriler, içerik analizi ile daha detaylı bir şekilde incelenmektedir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2016, ss. 239–242). Bu çalışmada elde edilen veriler, nitel veri analiz yöntemlerinden içerik analizi ile değerlendirilmiş ve bulgular, doğrudan alıntılara yer verilerek betimsel bir anlatımla sunulmuştur.

Nitel araştırmaların analizinde veri toplama sonucunda elde edilen bilgiler neticesinde, kodlama ve sınıflandırma yoluyla temalar elde edilir. Bu temalar arasındaki ilişkilerin incelenmesi nitel araştırmaların temel işlevi olarak gösterilmektedir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2016, s. 238). Nitel araştırmalar bütünlüklü veya ayrıntılı olarak kodlanmalarına göre çeşitlilik göstermektedir. Araştırmalarda her satır veya birkaç kelime kodlanabileceği gibi paragraflar veya sayfalar halinde de kodlamalar gerçekleştirilebilir. Bazı veriler ise kodlanamaz, değersiz veya atıl olarak kalabilir. Yapılan bu kodlamaların detay derecesi araştırmanın amacına, araştırmanın sorusuna ve verilerin zenginliğine bağlı olarak değişmektedir (Neuman, 2014, s. 666).

Analiz sürecinde birinci aşamada daha önce kelimesi kelimesine kaydedilen görüşmeler hiçbir kelime atlanmaksızın Microsoft Office Word programına aktarılmıştır. İkinci aşamada görüşme metinleri tekrar tekrar okunarak incelenmiş ve MAXQDA 2018 programı ile analiz edilmiştir.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

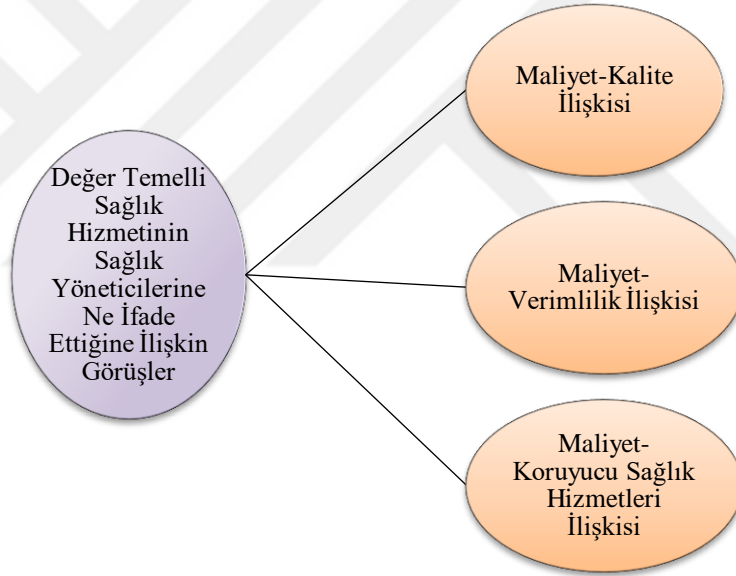
Araştırmaya ait dikkat edilmesi gereken bazı sınırlılıkların; görüşmelerin gerçekleştirildiği tarihlerde, belirlenen X ilinin merkezinde sağlık kurumlarında yönetici konumunda görevini yürüten, görüşme teklifini kabul eden, kolay ulaşılabilir ve lt rneklemeye yöntemiyle ulaşılan katılımcılarla, çalışmadan elde edilen verilerin araştırma katılımcılarının konu ile ilgili algıları ve yapılan görüşmelerdeki kendi düşünceleriyle, nitel araştırma yöntemleri ve olgu bilim desenine uygun olarak analiz edilen veriler olduğu söylenebilir.

BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde araştırma sürecinde toplanan verilerin analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Sağlık Yöneticilerine Ne İfade Ettiğine İlişkin Bulgular

Değer temelli sağlık hizmetinin sağlık yöneticilerine ne ifade ettiğine ilişkin yanıtların analizi sonucunda elde edilen bulgular, “Maliyet-Kalite İlişkisi”, “Maliyet-Verimlilik İlişkisi” ve “Maliyet- Koruyucu Sağlık Hizmetleri İlişkisi” olmak üzere üç temada birleştirilmiştir. Bu bulgular aşağıdaki şekilde verilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2: Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Sağlık Yöneticilerine Ne İfade Ettiğine İlişkin Bulgular

3.1.1. Maliyet-Kalite İlişkisi

“Değer temelli sağlık hizmeti sizin için ne ifade ediyor?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda maliyet ile kalite ilişkisinden bahsedildiği belirlenmiştir.

Araştırmanın katılımcılarından Eymen Bey ve Berat Bey değer temelli sağlık hizmetlerini, maliyet ve kalite açısından değerlendirerek görüşlerini beyan etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının tam ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“Kalite ve mali açıdan değerlendirirsek değer temelli hizmeti şu anlama gelir; hastanın minimum masrafla maksimum hizmeti alması, sağlığına kavuşması sürecindeki bütün aşamalarında kaliteli bir şekilde hizmetin sunulmasıdır (Eymen Bey).”

“Bütün işletmelerin işletmelerine kazandırmak istediği değer temelli sağlık hizmeti, hem çok kaliteli bir hizmet sunması hem de bunu en uygun maliyetle sağlamasıdır (Berat Bey).”

Katılımcılardan Yusuf Bey:

“Değer temelli sağlık hizmeti sunumu özellikle içinde bulunduğumuz ekonomik durumlarda yoğun olarak uygulamak istediğimiz ve üzerinde sürekli olarak tartıştığımız bir konudur. Çünkü gerçekten bir hastanın teşhisi, tedavisi çok ciddi maliyetlere sebep oluyor ve bu açıdan değer temelli sağlık hizmetlerini, hastanın sağlığını olumsuz etkilemeden en uygun maliyetle en iyi kaliteyi yakalayacak şekilde hizmetlerin sunumu olarak ifade edebiliriz.”

şeklinde açıklaması ile kalite ve düşük maliyet konularına vurgu yaparak değer temelli sağlık hizmeti konusundaki görüşlerini ifade etmiştir.

Benzer şekilde maliyet ve kalite ilişkisini ortaya koyan Miraç Bey’in değer temelli sağlık hizmetinde maliyet ve kalite arasında bir denge olması gerektiğini ifade eden görüşleri ise:

“Değer temelli sağlık hizmetine basit olarak kalite ve maliyet arasında denge kurmak olarak bakarsak; bakım da kalite arttırıldığı zaman maliyette artmak zorunda değildir. Yani kalitenin artışı maliyet artışı ile paralel olur denemez. Kalite arttırılırken yani hastanın aldığı bakıma zarar vermeden maliyet belirli bir seviyede tutulabilir ancak maliyetlerin olması gerekenin daha altına çekilmesine uğraşılırsa kaliteyi sağlamak zorlaşır. Birinin arttırılırken diğerinin

azaltılması yerine kalite ve maliyet arasında bir dengenin sağlanması gerekir. Sonuç olarak kalite ve maliyet arasında bu dengenin sağlanması gerektiğini ve bu sayede değer temelli sağlık hizmetinin oluşturulabileceğini düşünüyorum.” şeklindedir.

3.1.2. Maliyet-Verimlilik İlişkisi

“Değer temelli sağlık hizmeti sizin için ne ifade ediyor?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda maliyet ile verimlilik ilişkisinden de bahsedildiği görülmüştür.

Katılımcılarından Ömer Bey değer temelli sağlık hizmetlerini, maliyet ve verimlilik açısından değerlendirerek görüşlerini şu şekilde beyan etmişlerdir:

“Değer temelli sağlık hizmeti bence sağlık sistemimizde yeni oluşan hasta odaklı bakım hizmetinin, hastanın faydalanabileceği şekilde sürdürülmesi, sürdürülürken de yani hizmet verilirken de en uygun maliyetle en yüksek verimliliğin sağlanabilmesidir. Kaliteyle ilişkili verimlilik ölçümlerinin yapılması ve bu ölçümlerde de hem hastanın aldığı hizmetin komplikasyonları ve hasta memnuniyetini hem de bir hasta için ayırdığımız maddi miktarı ölçmeyi amaçlamalıdır. Çünkü bu amaç bize üretilen hizmette değeri getirecektir.”

3.1.3. Maliyet-Koruyucu Sağlık Hizmetleri İlişkisi

“Değer temelli sağlık hizmeti sizin için ne ifade ediyor?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda maliyet ve koruyucu sağlık hizmetleri ilişkisinden de bahsedildiği belirlenmiştir.

Araştırmanın katılımcılarından Zeynep Hanım ve Elif Hanım değer temelli sağlık hizmetlerini, maliyet ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından değerlendirerek görüşlerini beyan etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının tam ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“Değer temelli sağlık hizmetlerinde bence tedavi edici sağlık hizmetleri yerine koruyucu sağlık hizmetlerinin üretimine odaklanmak bir değer üretme biçimidir. Ayrıca birinci basamakta yapılabilecek bütün işlemlerin burada çözülmesi ve

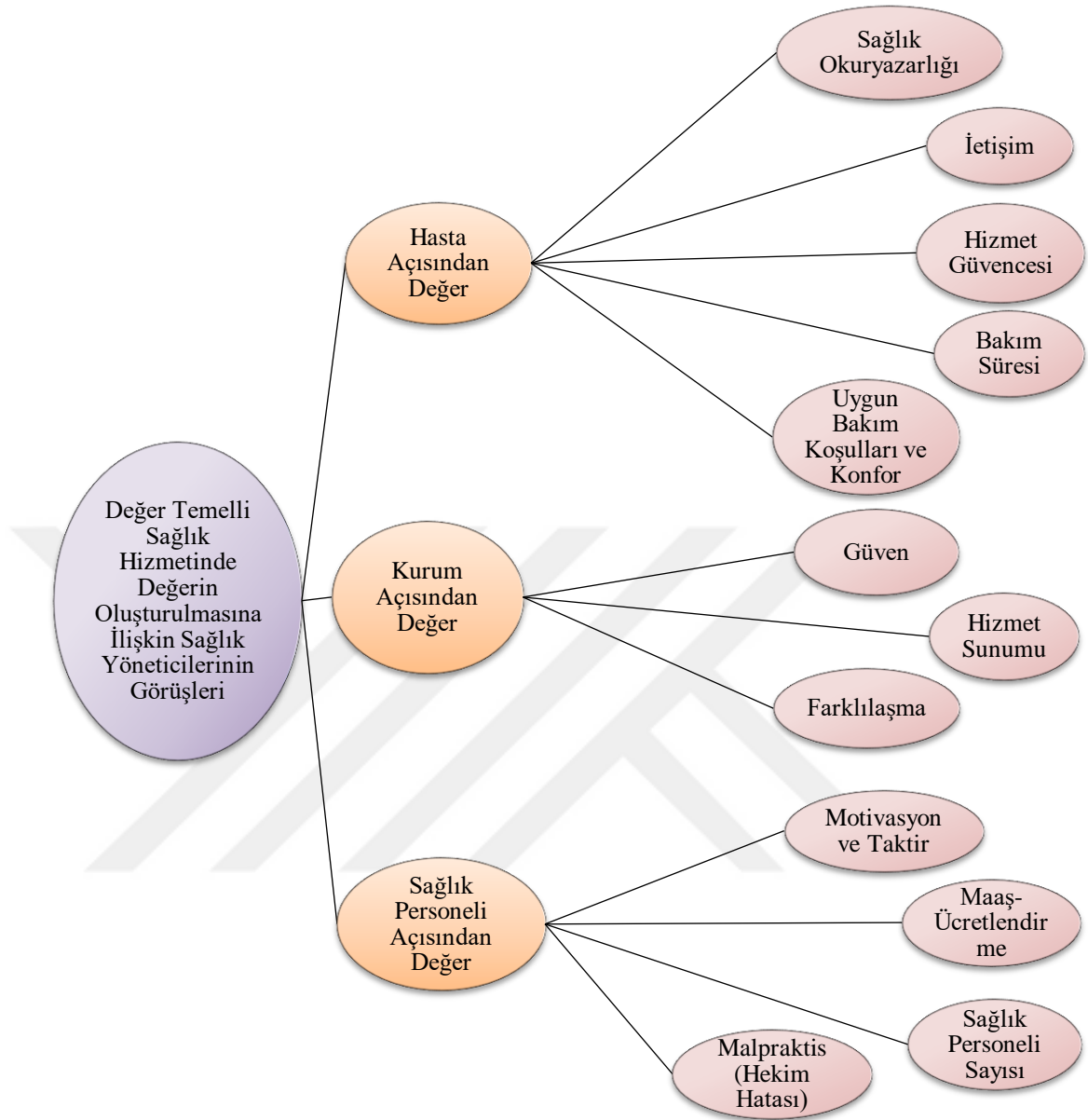
ikinci basmağa yönlendirilmemesi de önemli bir değer üretim şeklidir. Bu açılardan değerlendirdiğimizde değer temelli sağlık hizmetleri biz hekimlere hastadan daha çok görev ve sorumluluk yükleyen bir sitemdir. Yani tedavi edici hizmetler yerine koruyucu hizmetlere yönlendirilmesi maliyetlerin azaltılması ve değer yaratmak adına önemlidir diye düşünüyorum. Çünkü tedavi edici hizmetlere nazaran koruyucu sağlık hizmetlerinde maliyet düşüktür ve bu yüzden de maliyet adına hizmetin en etkin kullanılma yöntemi bence koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmaktır. Hastalık oluştuktan sonra gerek tetkikler gerekse ilaç tedavileri ve bakımı maliyet artışını getirir. Bu açıdan hem de hastalıkların daha kolay tedavi edilmesi ve hastanelerdeki bu yoğunluğun, kalabalığın, yer bulunamamalarının azalması hem de sağlık açısından baktığımızda birinci basamağın daha efektif kullanılması ve güçlendirilmesi adına koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmak bence değer temelli sağlık hizmeti üretiminin önemli bir şeklidir (Zeynep Hanım).”

“Değer temelli sağlık hizmetinde birinci aşama primer sağlık hizmetleri, yani bir hastalık ortaya çıkmadan önce yakalayabilmektir. Maliyetin büyük bir kısmını koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermediğimiz için oluşturuyoruz. Bu açıdan değerlendirirsek bence değer temelli sağlık hizmetleri maliyet ve koruyucu sağlık hizmetleri arasındaki ilişkinin sağlanmasıdır (Elif Hanım).”

Katılımcılar değer temelli sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliği çabası olduğunu ve bunu sağlamak adına da koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiğini ve bu ikisi arasındaki ilişkinin sağlanmasının değer temelli sağlık hizmeti üretmek olduğunu ifade etmişlerdir.

3.2. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Hasta, Kurum ve Sağlık Personeline Ait Değerin Oluşturulmasına İlişkin Bulgular

Aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi “Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta, kurum ve sağlık personeline ait değer sizce nasıl oluşturulabilir?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda elde edilen bulgular “hasta açısından değer”, “kurum açısından değer” ve “sağlık personeli açısından değer” olmak üzere üç temada birleştirilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3: Değer Temelli Sağlık Hizmetinde Değerin Oluşturulmasına İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri

3.2.1. Hasta Açısından Değer

Bu temanın alt başlıkları olarak “sağlık okuryazarlığı”, “hizmet güvencesi”, “iletişim”, “bakım süresi” ve “uygun bakım koşulları ve konfor” konuları olmak üzere beş başlık altında katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı

Araştırmanın katılımcılarından Ömer Bey, kurumların değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta açısından değer yaratmak adına, hastaların aldıkları bakımları değerlendirmeleri ve bu anlamda sistemi beslemeleri için sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi gerektiğini belirterek şu sözleri söylemiştir:

“Sağlık hizmet sunum kültürünün değer temelli olabilmesi için sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin yani toplumun sağlık okuryazarlığını arttırmamız gerekir. Çünkü biz ne kadar hizmet verirsek verelim öncelikle karşı taraftan beklenen fayda ya da yarar bilincinin oluşması ve aldığı hizmeti gerçekçi bir şekilde sorgulaması gerekiyor. Bunun içinde önemli bir taraf olarak hizmet alan kişi veya toplum belirli bir sağlık bilgi düzeyine sahip olmalı. İlk başta bence sağlık kültürünün ya da sağlık okuryazarlığının toplumda insanlarımız arasında ilkokuldan başlayarak okutulması gerektiğini ve bu bilince sahip olması gerektiği inancındayım. Çünkü hastalar, değerlendirmelerini aldıkları sağlık hizmetlerini sorgulayarak ve bu sorgulamaları da mevcut bilgi düzeyleri ile yapmaktalar. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı bu anlamda önemli. Ayrıca bu değerlendirmeleri özellikle ülkemizde bulunan itiraz edebilecekleri birimler aracılığı ile daha çok şikâyet yönüyle yapmaktalar. Ancak genel olarak hastaların sağlık hizmetlerinde nasıl bir sağlık hizmeti aldığına ya da gerçekten bana bu tedavi gerekli miydi gibi sorgulama durumlarının gün geçtikçe artmakta olduğunu ve bunun değer yaratmada önemli olduğunu söyleyebilirim (Ömer Bey).”

Katılımcılardan Ömer Bey “Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta, kurum ve sağlık personeline ait değer sizce nasıl oluşturulabilir?” sorusunun cevabında sağlık okuryazarlığın hasta için değer yaratmada önemli bir parametre olduğunun altını çizmekte ve devamında şunları söylemektedir:

“Aslında belirli bir okuryazarlık düzeyinde bizleri (sağlık hizmet sunucuları ve hizmetlerini) sorguladıkları sürece ve bu yapılan işlemlerle ilgili olarak bunlar gerekli mi? Gerekli ise neden gerekli? Ya da neden maliyeti bu kadar? gibi sorgulamalar yapıldığı sürece sağlık hizmeti sunumunda hasta için bir değer

yaratma çabası gösterilecektir. Bu anlamda onlarında iyi bir sağlık okuryazarlığı ile bu sürece ortak olmalarının hasta adına değer üreten bakım hizmetinin uygulanabilirliğini artıracığına inanıyorum (Ömer Bey).

Katılımcılardan Zeynep Hanım'da benzer şekilde değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta için değer oluşturulabilmesi için gerekli gördüğü konu, sağlık okuryazarlığıdır. Bu bağlamda hastaların aldıkları bakımla ilgili bilgilerini sorgulamalarında bazı eksikleri olduğunu şu şekilde ifade etmiştir:

“...aldığı hizmetle ilgili neden diye sormuyor hiç hasta. Örneğin hasta ben çekindim soramadım diyor genelde. Bu noktada da aslında hastalar olarak kime neyi sormamız gerektiğini bilmiyoruz, bu yüzden hasta olarak biraz sorgulamalıyız. Burada şikâyet birimi ile de ilgileniyorum. Gelen şikâyetlerin çoğu hekimin yapmakla yükümlü olduğu şeyler ile ilgili olarak hekim şikâyet ediliyor. Örneğin rapor yazılmasına ihtiyaç duyulmayan bir hasta, hekim için bana rapor vermedi diye şikâyet edebiliyor. Bu hekimin inisiyatifine ve hastanın hastalığına göre karar verilen bir şey. Ama maalesef bizim hastalarımız sağlıkları için bilmeleri gereken şeyleri bilmiyor, aksine hekime bırakmaları gereken yerde hekime bırakmıyorlar müdahale ediyorlar. Bu yüzden kaos ortamı oluşuyor. Tabii araştıralım öğrenelim hekime soralım, neler olabilir, hastalığı tedavi ettirmezsem ne olur, ilacın yan etkileri nelerdir gibi daha birçok konuyu hekime sorsun, araştırsın ama değişik sitelerden öğrenilen bilgilerle de hekim yargılanmasın. Sağlıkta ilerideyiz ama sağlık okuryazarlığı konusunda gerideyiz. Bu konunun hasta için değer yaratmada önemli bir unsur olduğunu düşünüyorum (Zeynep Hanım).”

Ayrıca Zeynep Hanım bu konu ile ilgili başka bir örnek vererek sözlerine devam etmiştir:

“Örneğin eğitim araştırma hastanesinde onkoloji cerrahisinin yapılabildiğini, kemoterapisinin, yani tüm patolojisi ile tüm işlemlerinin yapılabildiği merkez konumunda. Ancak hasta illa ben tedavimi A hastanesinde almak istiyorum dediği zaman sadece cerrahi hizmetini alabiliyor. Bu ve bu gibi sebeplerden ötürü hizmete geniş erişim sağlanamıyor. Biraz önce konuştuğumuz gibi hasta

sağlık okuryazarlığının değer temelli sağlık hizmeti sunumu için önemli ve etkili bir unsur olduğunu düşünüyorum (Zeynep Hanım).”

Katılımcılardan Elif Hanım ve Eymen Bey ise değer temelli sağlık hizmetinde hasta için değer oluşturulabilmek için önemli bir paydaş olan hastaların sağlıkları ile ilgili doğru bilgiyi elde etme veya elde ettikleri, öğrendikleri bilgileri kullanabilmesi açısından sağlık okuryazarlığın önemli olduğunu belirtmektedirler. Bu konuda hastaların eksikleri olduğunu bunun ise hasta için değer yaratmada önemli bir unsur olduğunu şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta için değer oluşturabilmek için hastanın değer hakkında bilgi sahibi olması gerekiyor. Biz o noktayı sağlam tutarsak, sağlıkla ilgili anaokulundan itibaren doğru bilgiyi verebilirsek ve bu alanda toplumsal çalışmaları sağlayabilirsek gerçekleşebilir. Örneğin çok fazla bilgi kirliliği var özellikle sosyal medyanın ve internetin hayatımıza girmesiyle birlikte önemli düzeyde bilgi kirliliği oluşmuş durumda. Çünkü bu bilgilerin neredeyse yüzde sekseninden fazlası yanlış bilgi içeriyor. İşte bu bilgi kirliliğini ortadan kaldırılması ve hastanın doğru bilgiye erişebilmesi için bu geçişi sağlayacak en önemli nokta budur yani sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılmasıdır. Ayrıca hasta açısından sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim düzeyine sahip olduktan sonra hastanın problemi veya hastalığı ile ilgili bilinçli olması da önemli bir değer yaratır (Elif Hanım).”

“Hastalar hastalandığında hastaneye gidip daha hastalıklarının ne olduğuna bile bakmadan MR ve tomografi çekirmek istiyorlar. Hatta birçok hasta doktoru karşına çıkıp “Tedavim için bir tane tomografi çekimi ister misiniz?” diyebiliyor, ülkemizde böyle bir sistem var. Bu açıdan hastaların bilinçlendirilmesine yönelik bazı çalışmalar yapılmalı. İlaçlarını kullanarak ve kendine dikkat ederek iyileşecek durumdayken serum taktırmadan ilaçların fayda etmeyeceğini düşünerek psikolojik açıdan rahatsızlık duyan hastalar var. Hasta bilinçlendirilmesi ve sağlıkla ilgili bilgi (sağlık okuryazarlık) düzeylerinin artırılması gerektiğini düşünüyorum (Eymen Bey).”

3.2.1.2. İletişim

Araştırma katılımcıları değer temelli sağlık hizmetinde hasta açısından değer yaratılması için iletişim konusuna önem verilmesi gerektiğini, etkili bir iletişimle aldıkları bakım hakkında bilgi sahibi olmalarının sağlanması, böylece kafalarındaki soru işaretlerinin kaldırılacağını belirtmişlerdir. Hasta için değer oluşturulabilmek için iletişimin önemini belirten katılımcıların bazı ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

“Hastalara sunulan hizmetin değerini arttırmak için iletişim çok önemlidir. Hekimin vereceği sağlık hizmetinin şekillenmesinde bu hizmeti alan hastaların verdiği bilgiler çok önemlidir. Bu bilgilerin kapsamı ve içeriği bizi tanı ve tedaviye götürür. Dolayısıyla onlarla kurulacak iyi iletişim bu bilgilerin alınmasını ve verilecek ilaçların kullanımını etkileyebilir. Bu açıdan iletişim hasta değerinin yaratılmasında son derece önemlidir, verdiği sağlık hizmetin başarısına yansır (Elif Hanım).”

“...en önemlisi aslında iletişim. Çekişmelerin kaynağı iletişim kuramamaktan kaynaklanıyor. Aynı şekilde hasta ve hekim arasında iletişim kurulamamasından dolayı hastanın iyileşme süreci uzuyor. Bunların giderilerek hastaya daha iyi bir bakım sunulacağını düşünüyorum (Eymen Bey).”

“...değer temelli sağlık hizmetinde hasta değerini arttırmak için ilk olarak iletişimin artırılması gerekmektedir. Sağlık hizmeti bekleyen toplumla olan iletişimi arttırabilirsek, onlarda etkili iletişim sonunda bizden aldıkları bilgilerle sağlık hizmetini neden aldıklarını, bizler de hizmetten ne kadar verim aldığımızı biliriz. Bunun da en iyi iletişimle mümkün olabileceğini hatta iletişim olmazsa bakımın etkin olamayacağını, dolayısıyla bir değer yaratılamayacağını düşünüyorum (Ömer Bey).”

“Sağlık hizmet sunucularından biri olan hekim ya da hemşire size bir işlem uygulamadan ya da bakım vermeden önce bir bilgi vermesi, tedavi süreci nasıl olacak? Alternatif tedaviler neler? Hastanın bu süreçte yapması ya da yapmaması gerekenler neler? gibi durumlarda ayrıntılı olarak hizmet vericinin pozitif bir iletişim ile bilgi vermesi gerekli. Hastaya sunulan hizmetler ve aldığı

tedavi ile ilgili bilgi vermesi, yapması ve yapması gerekenleri anlatması, daha da önemli olanı onu yönlendirebilmesi, davranış değişikliği yaratabilmesi yönüyle iletişim son derece önemlidir. Hastalar, genellikle kendisine yeterince bilgi verilen, diyalog kurulan, aynı frekansta derdini anlatabildiği / anlattığı, derdine çözüm bulabildiği sağlık hizmet sunucusuna gitmeyi tercih eder. Bu yüzden hastalarla iletişime önem vermeliyiz ya da verilmeli ki hasta için bir değer yaratılabilsin (Miraç Bey).”

“Ben anestezi uzmanıyım ve bizim polikliniğimize gelen hastaya ameliyat olabilirsiniz dediğim zaman ben ameliyat mı olacağım? diyor. Ben aslında son kişiyim yani ameliyat için... Aslında hasta hekimi tarafından bilgilendirilmiş, onayını almış bunun üzerine ameliyat hazırlıklarını yapmış. Hasta nitekim bunları yapmış olarak geliyor buna rağmen ameliyat olacağını farkında değil, bilmiyor ve hala bana sorabiliyor. Hastalarla olan iletişimde bir eksiklik ve vurdumduymazlık var (Zeynep Hanım).”

Katılımcılardan Berat Bey ise hastalara değer yaratacak etkili bir hizmetin sunulması için iletişim kanallarının açık olması gerektiğine vurgu yaparak:

“İletişim burada çok önemlidir. Örneğin bazen bir hastaya yanlış işlem uygulayabilirsiniz ancak iyi bir iletişim sağlarsanız hasta durumu anlayabilir, hata için uyarıda bulunabilir ve böylece hasar oluşturmadan engellenebilir. Ayrıca iyi bir iletişim sayesinde tedavinin devamını sağlayarak (hastane sonrası) başarılı bir sonuç alabilir. Ayrıca hasta memnuniyetini sağlam açısından da iletişim önemlidir. Çünkü siz hastaya dört dörtlük bir hizmet verseniz yani tıbbi ve teknik anlamda çok iyi hizmet verseniz bile bile eğer iletişim kanallarınız kapalı ve pozitif bir iletişim kuramadıysanız hasta, aldığı hizmetten memnun olmaz hatta sizi şikâyet bile edebilir. İletişim bu işin ana unsurudur.” diyerek bu konuda görüşlerini belirtmiştir.

3.2.1.3. Hizmet Güvencesi

Araştırmanın katılımcılarından Eymen Bey, hastaların aldıkları bakımda ya da hizmette maliyet yaratmak için gereksiz işlemlerin yapılmadığına, verilen tüm hizmetlerin kaliteli

olduğuna dair güvence verilmesinin de hasta açısından değer yaratabileceğini vurgulayarak Şu ifadeleri kullanmıştır:

“Hastalar açısından bakıldığında hastalara konulan teŐhise göre aldıkları hizmette gereksiz hizmet olmadığını, aldıkları hizmetlerin onlara gereksiz maliyet yaratmadığının güvencesinin verilmesi ya da hissettirilmesi memnuniyeti arttıracaktır Hastalara sağlıklarıyla ilgili yapılan hizmetlerin bir rutin ve bir gereklilik olduğuna dair inanç yaratmaları, onların güvenini sağlayacaktır. Akıllarında yetersiz hizmet aldığına dair bir soru oluŐturmayacak ve bu sayede kuruma tekrar baŐvuruŐlar azaltılacaktır ki bu bile baŐlı başına hasta için bir değerdir (Eymen Bey).”

Katılımcılardan Ömer Bey ise kamu ve özel hastanelerinde hasta algısının zaman zaman farklı olabildiğini ve hastanelerde hastanın kimi zaman müşteri olarak algılandığını söyleyerek, hizmet güvencesinin sunulmasının bu kurumlarda hasta için değer sağlayacağını Şu sözlerle ifade etmiştir:

“Zaman zaman hastanelerde hastaları müşteri gibi görme durumunun oluŐtuęu hastalar tarafından ifade edilmekte. Hastaların müşteri olarak görülmeyip bunların gerçekten sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişiler olarak görülmesi ve değerlendirilmesi önemli. Hizmet güvencesinin bu noktada verilmesi sonucunda sistemin hasta adına daha da yüksek bir değer elde edeceğini düşünüyorum (Ömer Bey).”

3.2.1.4. Bakım Süresi

Araştırma katılımcılardan Eymen Bey hastalar için değer arttırma yollarından biri olarak hekimin hastaya ayırdığı srenin artırılması gerekliliğini söyleyerek konu ile ilgili Şu rnekleri vermiştir:

“Hasta polikliniğe geldiğinde hekim MR vs. istediğini söylüyor, hasta anlamıyor, hekimin niye MR istediğini bilmeden sylenilene yapmaya alıŐıyor. Bakıma ayrılan süre yeterli olmadığı için karmaŐa ortaya çıkıyor. rnek olarak bir poliklinikte hekimin gün içerisinde 6 saat boyunca 120 hastaya baktığını düŐünsek bu bir hastaya 3 dakika ayırdığını gösterir. Ancak bu hastanın odaya

girip çıkması, sağlık sorununu anlatması, muayene olması, gerekiyorsa tetkik istenmesi veya ilacının yazılmasından oluşan bu sürecin 3 dakikada yönetilmesi imkânsızdır. Hasta daha teşhisi ve kullanacağı ilaçları, ilaçların etkisini, hastalığın tahmini geçiş süresi anlayamadan çıkmak durumunda kalacaktır. Bakım süresi arttırılabilirse hasta için yaratılacak değer artabileceğini düşünüyorum (Eymen Bey).”

Zeynep Hanım ise Eymen Bey'in verdiği örnekleri destekler nitelikte şu ifadelerle konuyu açıklamıştır:

“Bazen bir hastayı 2-3 dakika içinde çok kısa sürede dinlemek, hastalığına hâkim olmak ve hastanın da bu kısa sürede rahatsızlığını anlatmasını beklemek, aklına takılanları o sürede sormasını sağlamak çok zor. Bunun yerine daha fazla süreyle daha rahat bir ortam olsa, bence o zaman hasta için bir değer yaratabilecek duruma ulaşabiliriz (Zeynep Hanım).”

Benzer şekilde Elif Hanım:

“Hekim bir tedavi veriyorsa o tedaviyi açıklamak için fırsatı olmalıdır. Belki hekimin verdiği hizmet çok kaliteli ama onu o kaliteyle sunamıyor neden bakım süresi için yeterli vakti yok.” ifadelerini kullanmıştır.

3.2.1.5. Uygun Bakım Koşulları ve Konfor

Araştırmanın katılımcılarından Miraç Bey, Berat Bey ve Elif Hanım hasta için değer yaratmada kurumun bakım koşullarını dikkate almışlar görüşlerini bu konuda beyan etmişlerdir. Aşağıda üç katılımcının ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“...belli teknik koşulların sağlanması ile de ilintili tabi. Çok kötü şartlarda da çok iyi hizmet verilemeyeceğini biliyoruz takdir ederseniz. Personel gerekli unsurlar sağlanmadığında bir an önce işini bitirmek için uğraşır aynı şekilde hastalardan gerekli maddi ve manevi şartları sağlanmadığı için bir an önce belki rahatsızlığını bile tam bir şekilde anlatamadan gitmek isteyebilir. Fiziki koşullar haricinde araç gereç, ortam ve psikolojik destek sağlayacak diğer

unsurlar... Örneğin sıcak soğuk hava sirkülasyonunun sağlanması bile hastaya değer yaratmada etkilidir (Miraç Bey).”

“Hasta için önemli olan aldığı hizmetteki konfordur. Konfordan kastettiğim uygun bakım şartlarının başarılı bir şekilde sağlanmış olmasıdır. Önemli olan hasta kuruma girdiği ve çıktığı zaman diliminde kendini mutlu hissediyor mu? önemli bir ölçüdür bu... Hastanın istediği şartları sağlayabilmek hasta açısından değeri de beraberinde getirecektir (Berat Bey).”

“...hasta sayısını seçemeyiz yani bizim bir kamu kurumu olarak değiştiremeyeceğimiz şartlar var ama hastanenin fiziki ve çevre şartlarını mevcut mali durum çerçevesinde iyileştirerek hastanın algılayabileceği değeri arttırılabiliriz (Elif Hanım).”

3.2.2. Kurum Açısından Değer

Bu temada, alt başlıkları olan “güven”, “hizmet sunumu” ve “farklılaşma” konuları olmak üzere üç başlık altında katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.2.2.1. Güven

Araştırmanın katılımcılarından Yusuf Bey ve Miraç Bey kurum için değer yaratmada kurumun güven kültürünü değerlendirerek, kuruma duyulan güvenin personellere ve tıbbi cihazlara duyulan güveni bile etkileyeceğini belirterek görüşlerini beyan etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“Kurum hayatta kalabilmek için, belli bir maliyete katlandığı, belli bir risk aldığı için ekonomik olarak bir kazanç bekler. Ama hiçbir zaman kazanç, hasta sağlığı, kalite ve en önemlisi kuruma olan güvenin önünde olmamalıdır. En iyi denetleyici hastanın kendisidir, hasta bunun kendisini tedavi edici ve iyileştirici bir süreç olmadığını sadece para kazanmak maksatlı bir işlem olduğunu hissettiği anda güveni zedelenir, o hastaneden hizmeti almayı bırakır ve başka kurumlara yönelir. Kurumların güven oluşturmaları ve oluşturdukları bu güveni korumaları, onlara müşteri (hasta) kaybettirmez, imajlarını bozmaz böylece bir değer yaratır (Yusuf Bey).”

“Evet, ben bu kurumda belli standartlarda kaliteli hizmet alıyorum şeklinde hasta sağlık hizmeti aldığı kuruma güvenirse eğer, kuruma sadakati artar, buda kurum için bir değerdir. Ayrıca artan hasta sadakati de pozitif bir kurum imajı oluşturur. Hastalarının güvenini kazanmış kurumlar, gerek hasta gerekse de toplum nezdinde imajlarını ve kurum değerlerini artırır. Çünkü öncelikle hastalara verilecek olan ruhi, psikolojik tatmin, inanmışlığı; bu inanmışlıkta kurum için önemli bir değer olan güveni getirmektedir (Miraç Bey).”

3.2.2.2. Hizmet Sunumu

Katılımcılardan Berat Bey kurum açısından değer yaratmada verilen hizmetin güvenliği ve hızının önemine vurgu yaparak bu anlamda hizmet sunumunun iyileştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir:

“Kurum açısından hizmet sunumunda değer yaratmak için birkaç unsur vardır. Bunların birincisi güvenlik duygusudur. Hasta herhangi bir sağlık kurumuna giderken orada kendini güvende hissetmelidir birincisi budur. İkincisi hızdır; hem hasta hem personel açısından bakıldığında işlemlerin hızlı bir şekilde halledilmesi gerekir. İşlemleri etkili ve hızlı yaparsanız hastaların aldıkları hizmetle ilgili olan soru işaretleri kalkmış oluyor ancak işlemleri yavaş yaparsanız soru işaretleri artıyor ve tedirginlikler başlıyor. Bu da belirsizliği ve kaosu yaratıyor. Bunun haricinde kalan tıbbi hizmetler ve otelcilik hizmetlerinin en iyi şekilde verilmesiyle hizmet iyileştirildiğinden kurumun değerini arttıracaktır (Berat Bey).”

Elif Hanım da kurumlarının kapasiteleri kadar hizmet üretmelerinin gerektiğini bunun üzerinde hizmet üretmenin değer yaratmada önemli bir bariyer olduğuna vurgu yaparak hizmet sunumunun iyileştirilmesinde fazla talebin oluşmasını engelleyici önlemler alınması gerektiğini şu ifadelerle belirtmiştir.

“Özellikle ülkemizde ciddi bir sağlık talebi var, zaman zaman bu talebi karşılamada kapasitemizi zorluyoruz. Bu da kurumsal bir değer yaratmada gerçekten önemli bir engel diye düşünüyorum. Bu talebin eritilmesi de bir değer yaratmaktır aslında... Bunu eritmek için gerek kurum bazında gerekse de makro

ölçekte politika değişikliğine gitmek gerek. Hizmet sunumunda etkili olmalı yani hizmet sunumunda ortaya çıkan aksaklıkları ve sıkıntıları ortadan kaldırmalıyız. Hasta tekrar tekrar sağlık hizmeti almasın. Bu sayede kurum açısından bir değer yaratılabilecektir (Elif Hanım).”

3.2.2.3. Farklılaşma

Sağlık hizmetleri sunumunda kurumlar diğer kurumlarla rekabet edebilmek ve kurumlarına değer katabilmek için çeşitli alanlarda ek faaliyet alanları yaratmaktadır Bu faaliyet alanları, hastalar tarafından kurumların ayırt edilmesi ve tercih edilmesi konusunda etkili olmaktadır. Bu noktada ister özel kurumlar olsun ister kamu kurumları olsun değer yaratmak için, sağlık hizmeti sunumunda rakiplerinden ayrılarak hizmette farklılaşma alanlarına yönelmektedirler.

Araştırma katılımcılarından Yusuf Bey:

“Bugün hangi hastaneye giderseniz gidin aslında hepsinde kabaca birbirine yakın standartları göreceksiniz. Özel hastaneler, biraz daha fazla çaba göstererek tabi yapılanların üstüne daha fazlasını koyarak farklılaşmaya çalışıyor yani ‘orada ilave olarak bu da yapılıyor’ demek reklam için çok önemli. Yani standartların dışında daha iyiyi yakalamak, hasta memnuniyetini artırmak, tercih edilirliliği artırmak için ilave bazı faaliyetler getirebiliyorsunuz. İşte bu hastaneleri farklılaştırıyor ve onlar için bir değer oluşturuyor.” şeklinde görüşlerini ifade ederek bu konuyu kurumlarından bir örnekle açıklamıştır:

“Biz mesela bu bölgede hemen hemen ilk defa gece çocuk polikliniği hizmeti sunduk. Bu mesela ilave bir hizmettir. Normalde saat 18.00’de kamunun belli hastaneleri haricinde özelde olmayan bir hizmet ama çocukların ne zaman hastalanacağı belli değil. Dolayısıyla bu tip durumdaki ailelere hizmet verebilmek için o çocukları tedavi edebilmek için haftanın yedi günü sabah bire kadar çocuk servisimiz hizmette. Yakın zamanda farklı polikliniklerde de bazı farklılık yaratacak hizmetleri getirmeyi planlıyoruz. Yeni bir teknoloji getirebilirsiniz, bu bölgede yapılmayan bir ameliyatı yapacak hocaları bünyenize alarak farklılık yaratabilirsiniz. Dolayısıyla yapılanların üzerine

ilaveleri koyarak farklılaşabiliyorsunuz ve böylece kurum için bir değer yaratabiliyorsunuz (Yusuf Bey).”

Yine aynı şekilde Ömer Bey ve Zeynep Hanım farklılaşmanın önemini vurgulayarak şu örneklerle düşüncelerini ifade etmişlerdir:

“...yapılanların haricinde o bölgeye sistem içerisinde diğer kurumlardan farklı olmayı sağlayacak birimler açılması kurumlara değer katabilir (Ömer Bey).”

“... bir A eğitim araştırma hastanesi, ilçede temel düzeyde hizmet veren Y hastanesine göre sahip olduğu teknoloji, verdiği hizmet çeşitliliği, bünyesinde bulundurduğu uzmanları ile farklılık gösterir ve daha kolay değer yaratılabilir. Ayrıca burada teknolojinin yanı sıra sağlık sisteminin lokomotifinin hekim olduğunu vurgulamak gerek. Eğer hastanenizde alanında iyi bir hekim yoksa o hastaneyi çok efektif kullanamıyorsunuz; yatak doluluk oranları düşük oluyor, poliklinik muayene oranları düşük oluyor. Siz istediğiniz kadar güçlü ve iyi bir bina yapın bu açıdan bir etkisi olmuyor, kadronun da yetkin olması lazım. Bu noktada farklılaşmalar olabiliyor. Bu avantajı yakalayan kurumlarda değerler daha kolay yaratılabileceğini düşünüyorum (Zeynep Hanım).”

3.2.3. Sağlık Personeli Açısından Değer

Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta, kurum ve sağlık personeline ait değer sizce nasıl oluşturulabilir?” sorusuna verilen yanıtların analizi sonucu bu tema “motivasyon ve takdir”, “maaş-ücretlendirme”, “sağlık personeli sayısı” ve “malpraktis (hekim hatası)” süresi” olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır. Aşağıda bu başlıklara ilişkin katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.2.3.1. Motivasyon ve Takdir

Araştırmanın katılımcılarından Miraç Bey ve Eymen Bey değer temelli sağlık hizmetleri bağlamında sağlık personeli açısından nasıl değer yaratılabilir konusunda görüşlerini şu şekilde beyan etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının tam ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“Sağlık personeli açısından tüm personellerin motivasyonunun sağlanması beraberinde değeri getirecektir (Miraç Bey).”

“Sağlık personelinin yaptıkları işler neticesinde kurumdan motivasyon ve takdir görmeleri ile hastaların aldıkları hizmete onlara saygılı bir tavır içinde olmaları ile değer yaratılabileceğini düşünüyorum. Takdir edilme insani bir duygudur ve herkes gibi sağlık personeli açısından da takdir edilmek değerlidir ve değer yaratır (Eymen Bey).”

Katılımcılardan Yusuf Bey, sağlık personeli açısından değer yaratmak ile ilgili olarak sağlık çalışanları içinde buldukları şartlar gereğince çalışma zorluğunun çok fazla olduğunu belirterek bunun giderilmesinde anları takdir etmenin önemli bir değer yaratabileceğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Sağlık personelleri hastane dışında sosyal hayatlarında özel hayatlarında kendileri motive olabilecekleri, kurum tarafından takdir edileceği, hem maddi hem manevi olarak desteklenebileceği bir ortam arzularlar. Bunun sağlanması onlar için değer yaratabilir (Yusuf Bey).”

3.2.3.2. Maaş-Ücretlendirme

Sağlık personeli açısından değer yaratmada ücretin önemli bir teşvik olduğu belirtilmiş ve araştırma katılımcılarında Ömer Bey görüşlerini şu şekilde beyan etmişlerdir:

“Sağlık personeli açısından şu an bizim bir performans sistemimiz var. Biz ne kadar verimli bir hastane olursak yani maddi yönden de verimli bir hastaneye dönüşürsek sağlık hizmeti sunanlarda o yönde ek ödeme olarak katkı payı alabiliyorlar ve alacaklardır. Bu da değer yaratır (Ömer Bey).”

Buna ek olarak Miraç Bey maddi ve manevi destek unsurlar arasında denge olması gerektiğini vurgulayarak:

“Maddi olarak kişinin imkânlar ve ödenekler alması yanı sıra ve manevi olarak da hasta ya da kurumdan pozitif geri dönüşler alması sağlık personeli için bir değer yaratılabilir. Yani hem maddi hem de manevi olarak personele değer

verildiğinin gösterilmesi gerekmektedir. Ayrıca verilen hizmet ile ücret dengesinin sağlanması gereklidir. Çok az bir ücretle çok hizmet beklenilmemeli, aynı şekilde çok fazla ücret verilerek az hizmet üretimine de izin verilmemelidir.” diyerek değer yaratmak için sağlık personelinin maddi manevi beklentilerinin karşılanması, verdikleri hizmet ile ücret dengesinin kurulmasının gereğini vurgulamıştır.

Eymen Bey ise sağlık hizmetlerindeki branşlar arası ücret dağıtımları arasında bir uçurum olduğunu söyleyerek, personel açısından değer yaratmak için bu uçurumun giderilmesinin öneminden bahsetmiştir ve sözlerine şu şekilde devam etmiştir:

“Sağlıkta takdir edilmenin yanında birinci öncelik döner sermayenin kaldırılarak maaşın artırılması ve bu maaşların emekliliğe yansıtılması, hekimlerle olan bu maaş uçurumunun kapatılarak tüm sağlık personelleri açısından dengeli bir noktaya getirilmesidir (Eymen Bey).”

Eymen bey personelin eşit bir ücretlendirme politikası güdülmesinin personel için değer yaratılmasında önemli olduğundan bahsetmiştir.

3.2.3.3. Sağlık Personeli Sayısı

Araştırmanın katılımcılarından Berat Bey ve Elif Hanım, sağlık personeli açısından değer yaratmada önemli olan alanlardan birinin de personel sayısı olduğunu ifade etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının tam ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“Sağlık personeli açısından değer yaratmada belki de ülkemizde en büyük sorunlardan birisi yetersiz personel sayısı sorunudur (Berat Bey).”

“Sağlık personeli açısından da değer yaratmak için çok fazla iyileştirmeye ihtiyaç var. Sağlık personelleri hizmet vermesi gereken hasta sayısının çok daha üstünde hastaya hizmet vermeye çalışmaktadır. Bu da personel sayısını yetersiz olduğunu göstermekte ve bu durumda sağlık personellerine ekstra yük yüklemektedir. Kısaca bakılması gereken hastaların sayısının farklı politikalar(sevk zinciri, eğitim gibi) ile ideal düzeye indirilmesi gerekir. Bu

sayede elde edilen başarı ile kişilerin mesleki tatmini artacaktır ve değer yaratılacaktır (Elif Hanım).”

Yine aynı şekilde Eymen Bey;

“...toplum olarak hastalık hastası insanlar olduğumuz için çoğu zaman hasta sayısına göre hekim sayısı yetersiz kalabilmektedir” şeklinde düşüncelerini ifade ederek sözlerine devam etmiştir:

“Bu açıdan da öncelikle bunun çözülmesi gerekmektedir. Çözüm sağlandığı takdirde başarılı hizmetler üretilebilecek, iş tatmini ve tükenmişlik sorunları giderilecek ve böylece bir değer yaratılabileceğini düşünüyorum (Eymen Bey).”

3.2.3.4. Malpraktis (Hekim Hatası)

Araştırmanın katılımcılarından Miraç Bey ve Zeynep Hanım, sağlık personeli açısından değer yaratmaya engel teşkil edebilecek önemli bir konu olarak malpraktis (hekim hatalarından) kaygılarından bahsetmişlerdir. Bu kaygıyı gidermek adına malpraktis alanında yapılacak olan iyileştirmelerin sağlık personelinin hizmet sunumuna yansıtacağını, gereksiz hizmetlerin üretiminin önleneceğini ve sağlık personeline değer yaratmada yardım edebileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca malpraktis ve komplikasyon ayrımının gerekliliğini belirterek görüşlerini bu yönde ifade etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının tam ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

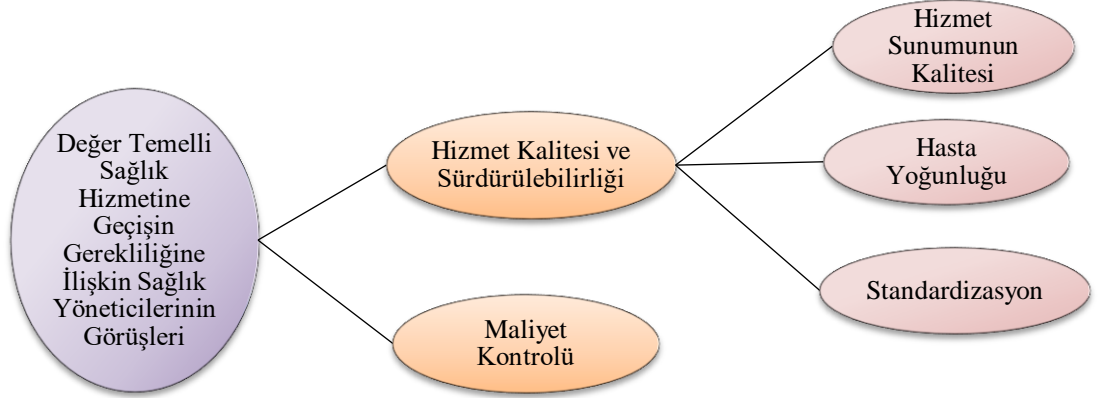
“Sağlık hizmeti sunarken personellerin, muayene veya ameliyat fark etmez genel olarak yaşanabilecek komplikasyonlar ve diğer nedenlerle gelişen malpraktisten dolayı kendisine dönecek olan durumları düşünerek hizmet vermek zorunda bırakılması, bu hizmet üretiminde bazı kısıtları ve sorunları da beraberinde getirir. Hekimlerin iyi hizmet sunabilmesi için bazı kısıtlamalar olmalı tabii ancak bunlar malpraktis korkusu yaratmamalıdır. Örneğin risk analizi yapılmalı, hasta güvenliği uygulamaları yaygınlaştırılmalı, sistem bazında hata yapılmasının önüne geçecek düzenlemeler yapılmalıdır ki böylece sağlık personeli güvenli hizmet sunumu için gerekli ortamlar içinde malpraktis kaygısı olmadan hizmet üretebilsin. Bu düzenlemeler, malpraktis kaygısının

gidererek sağlık personeli açısından değerin üretilmesini destekleyecektir (Miraç Bey).”

“Bu konuda bence şu an hekimlerin başının belası olan malpraktis ve komplikasyon ayırımının yapılması lazım. Maalesef Türkiye de komplikasyon diye bir şey yokmuş gibi davranılıyor ve her şey malpraktis olarak kabul ediliyor. Textbook’larda yazan %1 görülme ihtimali olan durumlar belirtilmiştir. Bu ne demek siz 100 tane ameliyat yapıyorsanız birinde bunun görülme ihtimali bulunmaktadır. Çünkü insanlar arasında anatomik varyasyonlar var buna bağlı sıkıntılar olabiliyor. Ama biz bunu da hekim hataları olarak kabul ediyoruz. Evet, gerçekten hekim hatalarından kaynaklı durumlar da var, yok diyemeyiz ama işte bu ayırımın yapılması gerekiyor. Bunlar ayrılmadığı için de defansif tıp gelişti. Hekimler bir şey atlamamak, bir şey olmasın diye her işlemi gereksiz de olsa istemeye başladı. Örneğin en basit baş ağrılarında şu an MR’sız hastaneden ıkamıyorsunuz. Bunların da önlenmesi ile sağlık personeli açısından değerin yaratılarak kalitenin arttırılabileceğini düşünüyorum (Zeynep Hanım).”

3.3. Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerekliliğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, “Değer temelli sağlık hizmetine geçiş gerekli mi, neden?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerekliliğine ilişkin bulgular, “Hizmet Kalitesi ve Sürdürülebilirliği” ve “Maliyet Kontrolü” olmak üzere iki temada birleştirilmiştir (şekil 4).



Şekil 4: Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerekliliğine İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri

3.3.1. Hizmet Kalitesi ve Sürdürülebilirliği

Bu temada, “Değer temelli sağlık hizmetine geçiş gerekli mi, neden?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtlar sonucunda bu temanın alt başlıkları olan “hizmet sunumunun kalitesi”, “hasta yoğunluğu” ve “standardizasyon” olmak üzere üç başlık altında katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.3.1.1. Hizmet Sunumunun Kalitesi

Araştırmanın katılımcılarından Elif Hanım ve Miraç Bey değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin hizmet sunumunun kalitesi için gerekli olduğuna dair görüşlerini beyan etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının bu görüşleri doğrultusundaki ifadelerine yer verilmiştir:

“Kalite açısından bakarsak hastaya sunulan bakımın kalitesini attırmak için de değer temelli sağlık hizmeti gereklidir. Doğru zaman, doğru kişi, doğru yöntem ile tedavinin yanı sıra ilk seferde ve her seferinde doğru hizmet sunumunun gerçekleşmesi için muhakkak bu geçiş gereklidir (Elif Hanım).”

“Değer temelli sağlık hizmeti, kaliteli bir hizmet sunumu için önemli bir yaklaşım olabilir. Çünkü değer temelli sağlık hizmetinin sunumu ile kalite ve onun sürdürülebilirliğinin sağlanması mümkün olabilir. Sosyal Güvenlik Kurumunun ve diğer bütün kurumlarının kalitenin sağlanması ve bunun sürdürülebilirliğini sağlayacak unsurlara dikkat etmesi ve özellikle konuya ilişkin yaşanan sorunların üstesinden gelmek adına yararlı olabilir (Miraç Bey).”

Benzer şekilde Berat Bey, değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerekli olduğunu söyleyerek, hizmet sunumunda kaliteye önem vermeden bir hizmet sunumu gerçekleştirilirse daha sonra yeni mali yüklerle karşılaşma riskinin fazla olduğunu belirtmiş ve sözlerine devam etmiştir:

“...kalitesizliğin sonucu olarak hasta ile ilgili bir sorun çıkabiliyor ve yeni sorun nedeniyle tekrar tedavi edilmesi gerekebiliyor böylece mükerrer işlemlerin sayısı artıyor. Ya da hukuki olarak hastalarla karşı karşıya kaldığımız (tıbbi hatalar gibi) konular doğabiliyor. Dolayısıyla da yapmış olduğumuz her hizmeti en baştan iyi bir şekilde sunmaya yönelik tedbirleri alacak şekilde sunmamız gerekiyor. Bu açıdan da değer temelli sağlık hizmetinin bunu sağlayabileceğini düşünüyorum (Berat Bey).”

3.3.1.2. Hasta Yoğunluğu

Araştırmanın katılımcılarından Zeynep Hanım değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin ülkemizde kaliteli hizmet vermede işimizi zorlaştıran hasta yoğunluğunu gidermede yararlı olabileceğine dair görüşlerini beyan etmiştir:

“Kurum açısından bakarsak her işlem için yapılması gerekenler belli ancak yoğunluktan dolayı uygulanamıyor. Yani bu işlemlerin doğru ve olması gerektiği gibi yapılabilmesi için yoğunluğun azaltılması lazım. Değer temelli sağlık hizmetlerinin mali teşvikinin bu sorunu gidermede yararlı olabileceğine inanıyorum (Zeynep).”

Eymen Bey ise hizmetteki bu hasta yoğunluğunu gidermek için yapılabilecekleri örneklerle açıklayarak konu ile ilgili düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Hastalık hastası bireylerin oluşturduğu gereksiz kalabalıktan dolayı gerçekten hasta olan insanlara bu bakımla ilgili verilmesi gereken hizmetler tam olarak verilemiyor ve yapılması gerekenler tam olarak yapılamıyor. Değer temelli sağlık hizmetine geçişle bunun azalacağına inanıyorum (Eymen Bey)”.

3.3.1.3. Standardizasyon

Araştırmanın katılımcılarından Yusuf Bey değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin kalite standartlarının uygulanması açısından önemli olduğuna dair görüşlerini beyan etmiştir:

“...özel hastaneler ve kamu hastaneleri SKS kurallarına uymak zorunda, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği kalite standartlarına tabii. Dolayısıyla oradaki her türlü güvenlik, emniyet, kalite kurallarına öncelikle uymak zorundayız. Bunlara uduğumuz zaman otomatik olarak bazı konularda hata yapma riskimizi minimuma indiriyoruz ve uluslararası standartları karşılıyoruz. Ayrıca standartlar hastaların güvenliği ve emniyeti için gerekli olan konular. Dolayısıyla bu kurallara uymak sadece denetleme için değil normal rutininizde yapılması gereken işlem ve işlem tarzı olarak benimsenmesi gerekir. Dolayısıyla en başında bazı standartları yerine getirmek maliyetli bile görünse sonunda aslında çok ciddi anlamda emniyetli ve tasarruflu bir iş yaptığınızı anlıyorsunuz. Bu geçişin yapılması hem standartlar açısından hem de daha optimum rakamlarla bu işi yapma açısından kesinlikle gereklidir (Yusuf Bey).”

Değer temelli sağlık hizmetlerinde kalitenin çıkma nedenlerinden biri olan standardizasyonun tam olarak sağlanması gerekmektedir. Katılımcılardan Elif Hanım'a göre:

“Bazı konularda özellikle sağlık alanında bir standardizasyon olmadığı zaman kalite herkese göre farklı algılanabiliyor. Bence burada gerekli olan standardizasyonun geliştirilmesidir. Doğru zamanda doğru yerde doğru kişiye başvurmanın sağlanması için belli bir standardizasyon gereklidir (Elif Hanım).”

3.3.2. Maliyet Kontrolü

Araştırma katılımcılarında Elif Hanım değer temelli sağlık hizmetine geçişin kurumlardaki maliyet kontrolü açısından gerekli olduğunu belirtmiş ve sözlerine şu şekilde devam etmiştir:

“Öncelikle her hizmetin bir maliyet kısmı var. Sağlık hizmetlerin için ayrılmış olan maddi kaynakların nasıl kullanıldığı, etkili ve verimli kullanılıp kullanılmadığı vb. gibi alanlarda kontrolü sağlayacak bir sistemin olması, hem verilen hizmetin kalitesini arttıracak hem de toplum sağlığını olumlu yönde etkileyecektir (Elif Hanım).”

Benzer şekilde araştırma katılımcılarından Ömer Bey:

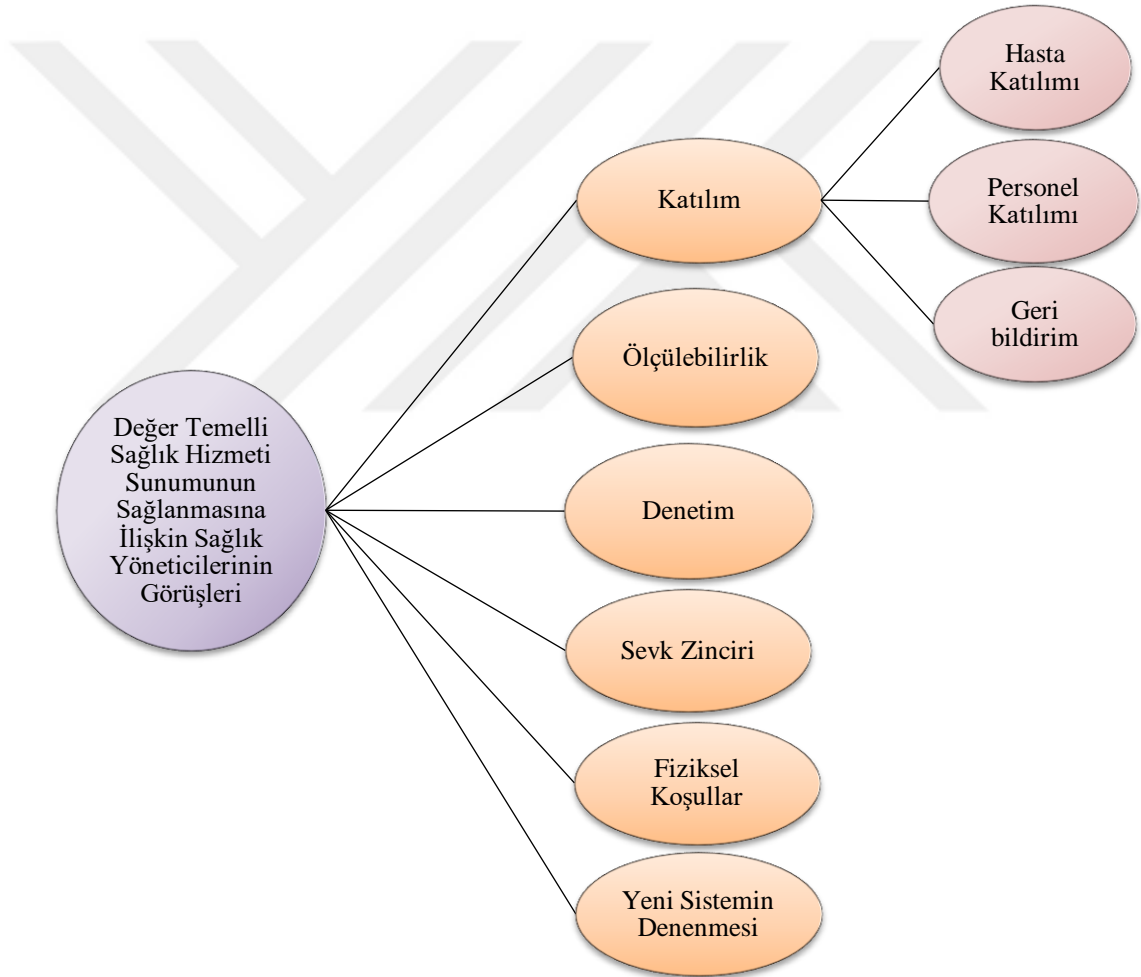
“...ancak kaynakları verimli kullanabildiğimizde değer temelli sağlık hizmetinin etkin olacağına inanıyoruz. Eğer bu sistemi gerçekten iyi işletebilirsek, kurumlarımızda harcamak zorunda kaldığımız hastaya ya da sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları daha etkin kullanacağımıza inanıyorum (Ömer Bey).”

Yusuf Bey ise değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerekliliğini gereksiz uygulamaların çıkardığı hasta güvenliği ihlallerine ve mali yüküne vurgu yaparak görüşlerini şöyle ifade etmiştir:

“...tabi burada işin içinde gereksiz, o vaka için ihtiyaç duyulmayan tetkik yani laboratuvar görüntüleme gibi durumların minimuma indirilmesi, gereksiz uygulamalardan kaçınılması, ancak bunları yaparken hastanın sağlığını tehdit etmeden, bir şeyleri atlamadan bunların yapılması var. Çünkü hem gereksiz işlemlerin maliyeti hem de hasta güvenliği ihlallerine bağlı gelişen önemli bir işlem maliyeti söz konusu. İşte bu alanlarda değer temelli sağlık hizmetine geçişle beraber maliyet kontrolünün sağlanacağını düşünüyorum. Hatta kurum olarak bu konuda sürekli görüşmeler ve toplantılar yapmaktayız (Yusuf Bey).”

3.4. Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunum Sisteminin Sağlanmasına İlişkin Bulgular

Bu kısımda, “Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemi sizce nasıl sağlanabilir?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Değer temelli sağlık hizmeti sunum sisteminin sağlanmasına ilişkin bulgular, “Katılım”, “Ölçülebilirlik”, “Denetim”, “Sevk Zinciri”, “Fiziksel Koşullar” ve “Yeni Sistemin Denenmesi” olmak üzere altı temada birleştirilmiştir (Şekil 5).



Şekil 5: Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunumunun Sağlanmasına İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri

3.4.1. Katılım

“Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemi sizce nasıl sağlanabilir?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda bu temanın alt başlıkları olan “hasta katılımı”, “personel katılımı” ve “geri bildirim” konuları olmak üzere üç başlık altında yer alan katılımcı görüşlerine yer verilmiştir.

3.4.1.1. Hasta Katılımı

Araştırmanın katılımcılarından Ömer Bey sağlık hizmetleri takım çalışmasının bir ürünü olmasından dolayı verilen hizmetlerde takımın önemli bir üyesi olan hastaların da sorumluluk alması gerektiğini belirtmiştir. Özellikle değer temelli sağlık hizmeti sunum sisteminin sağlanmasında bu katılımın önemli olduğunu ifade etmiştir:

“Hastaların kendilerine verilen bakımın kararlarına katılımlarının yanı sıra hizmet sürecinde ortaya çıkan aksaklıkları yaşamayı, birebir görmesi bunlara yönelik uyarılarda bulunması kurum için önemli fırsatlar yaratır. Sadece etkinlik ve verimlilik değil bizim işimiz. Sağlık hizmeti olduğu için verilen hizmetin ve sağlık hizmeti kullanımı ertelenemeyeceği ve kesinlikle zamanında yapılması gereken hizmet olduğu için başarılı bir sağlık hizmeti sunumunda sağlık hizmetlerini alan kişilerin de bu sürece katılarak sisteme ve kuruma katkısının olması gerekir (Ömer Bey).”

Elif Hanım ise hasta katılımının sağlanmasının değer temelli sağlık hizmetin sağlanmasında gerekli olacağını söyleyerek hastaların kendi bakımları ile ilgili katılımlarının hekimden hekime ve kurumdan kuruma değişiklik göstermekle birlikte önemli bir konu olduğunu belirtmiştir:

“Çocuk hekimliği açısından hasta katılımı çok önemli, biz bu bakımın ne kadar önemli olduğunu, verdiğimiz tedaviyi ailenin uygulamasının ne kadar önemli olduğunu, saati saatine takibinin yapılması ve bunun yanında bir sıkıntı olduğunda ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapmazsak bir başarıya ulaşamayız. Ama bir cerrahi gibi hastanın kendi bakımına dâhil olmasının daha az gerçekleşebilir yani bu ve bu gibi bölümler için daha az

uygulanabilir. Anca değer temelli sağlık hizmetinin hasta katılımı ile sağlanarak etkin olacağını düşünüyorum (Elif Hanım).”

Zeynep Hanım, değer temelli sağlık hizmetinde hastaların tüm sürece katılma hakkına sahip olması ile sağlanabileceğini ifade etmiş ancak tek karar verici olarak hastaların olmasının da doğru olmadığını belirtmiştir:

“Hekimin sağlık bakımı konusunda hastalarına yeterli bilgi vermesi gerektiğini böylece hastalarında bakım sürecine katılmalarının sağlanması gerekli. Aslında hasta verilen kararı sorgulamalı (örneğin başka bir hekimden verilecek ciddi kararlarla ilgili destek alarak), ancak bir noktada hekimin verdiği kararlara saygı duyarak katılımcı bir şekilde tedavisine devam etmesi gerektiğini söyleyebiliriz (Zeynep Hanım).”

3.4.1.2. Personel Katılımı

Araştırmanın katılımcılarından Miraç Bey, Yusuf Bey ve Zeynep Hanım değer temelli sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında personel katılımının etkili olabileceğini söyleyerek görüşlerini beyan etmişlerdir. Aşağıda üç katılımcının tam ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“Bence ister çalışan olsun ister hasta olsun tüm bireyler hizmet sürecine katılmalı. Yani sürece ilişkin çalışanlarından daha çok fikir alarak, onları dinleyerek ve fikirlerinin üretime yansımaları sağlayarak değer temelli hizmetin sağlanabileceğini düşünüyorum. Çalışanlarından küçük veya büyük etkili iyileştirme fikirlerini almanın önemli olduğunu düşünüyorum. Yeni fikirlere, yeni durumlara açık olmak, çalışanların yenilikleri kabullene bilirliliğin artmasına onunda değer temelli sağlık hizmetinin sağlanmasında etkin olacağını düşünüyorum. Çünkü çalışanların fikirlerine değer verip küçük veya büyük fark etmez üretime olan katkılarının sağlanmasının faydalı olacaktır (Miraç Bey).”

“Burada tabii katılım çok önemli yani bu süreçlere herkesin katılımı gerekiyor. Çünkü en güzel, en değerli fikirler sahada çalışan kişilerden geliyor. Fikrin iyisi kötüsü yoktur hepsinin incelenmesi lazım. İnceleyicilerin konuya hâkim olması

gerekir ve bu işe vakit ayırmak gerekir. Bunlar yerine getirildiği takdirde sağlanacağını düşünüyorum (Yusuf Bey).”

“Kişilerin verimliliği açısından da çalıştıkları alanlarda söz haklarının olması, yani bir ameliyathanede bir değişikliğin yapılması gerektiği durumlarda orada çalışan kişilerden bilgi alınması, o ortamda hiç bulunmamış kişilerin böyle durumlarda karar vermemesi, bence verimliliği arttıran bir şeydir. Bazen öyle şeyler oluyor ki konuyla hiç alakası veya bilgisi olmayan biri karar verebiliyor ama uygulanabilir bir şey değil ve uygulanamıyor. Dolayısı ile o proje için yapılan tüm masraflar da boşa gidiyor israf oluyor. Bunlar önlenerek bu sistem kolay bir şekilde sağlanabilir (Zeynep Hanım).”

3.4.1.3. Geri Bildirim

Katılımcılarından Yusuf Bey, değer temelli sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesinde hastalardan gelen geribildirimlerle sistemi beslenmenin etkili olabileceğini söyleyerek görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

“...aslında değer temelli sağlık hizmeti kuruluş anından başlar arkasından sistem işlemeye başladıktan sonra da devam eder. Kuruluş sonrası burada sistemin geri bildirimlerini değerlendirip gereksiz olan her şeyi kısarak, kaldırarak gerçekleştirebiliriz. Tabi burada birinci şartımız hastaya zarar vermeden ihtiyaç duyduğu gereksinimini duyduğu tedaviyi tam olarak vermek şartıyla gereksizleri zamanla ortadan kaldırarak sistemi daha verimli ve değer üreten hale getiriyorsunuz (Yusuf Bey).”

Yine aynı şekilde Ömer Bey’de değer temelli sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesinde geribildirimiminin önemine vurgu yaparak düşüncelerini ifade etmiştir:

“Biz her ne kadar maliyeti düşürsek de etkin bir sağlık hizmeti sunduğumuzu belirtsek de bunu karşı taraftan yani gerek hastalardan ve çalışanlardan gerekse de finanse eden sistemden teyit etmemiz gerektiğine inanıyorum. Sağlık Bakanlığının performans sistemi olsa bile bu sistemin etkin ve verimli olup olmadığını, birim bazında ne kadar harcandığını, ne kadar insan gücü, malzeme kullanıldığını ve sağlık hizmeti ihtiyacı olan kişilerle ne kadar fayda

sağlayabildiğimizi geri bildirim olarak alabildiğimiz sürece verimliliği değerlendirebileceğimizi zannediyorum. Bunun içinde tüm bu paydaşlardan geri bildirim almak gerek (Ömer Bey).”

Bu konu ile ilgili verdiği örnek ile sözlerine devam etmiştir:

“Bu aktarma sonucunda da aynı tür hastalarda diyelim ki apandisit ameliyatı olmuş 6-7 hastanın geri dönüşümlerine bakılarak herhangi birisinde enfeksiyon, komplikasyon gelişip gelişmediği, kaç günde iyileştiği, iyileştikten sonra hayatına nasıl devam ettiği gibi durumları değerlendirebilirsek bu yönde bir değer oluşturulabileceğini düşünüyorum.”

3.4.2. Ölçülebilirlik

Araştırma katılımcılardan Ömer Bey değer temelli sağlık hizmet sunum sisteminin oluşturulmasında gerekli olan maliyet ve ödüllendirme açısından ölçülebilirliğin sağlanması gerektiğine vurgu yaparak düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

“...bir yönden de eğer biz hastalara sunduğumuz sağlık hizmetini ölçebilecek düzeye gelirsek hangi hastaya, hangi hizmet için ne kadar para harcadığımızı, hangi tipteki hastalar için harcanan maliyet arasında fark olduğunu, verdiğimiz hizmetin başarılı olup olmadığını öğrenebilirsek, hem kurumlara katkımız olur hem boşu boşuna harcanacak olan maddi kaynakları başka yerlere yönlendirebiliriz. Mesela daha yeni tıbbi cihaz alınabilir, daha iyi hastane konforu sağlanabilir. Hastane içinde birimler arasında etkinliği ölçebilirsek, bu birimler arasındaki farklılığı ödüllendirmek adına teşvikler verilebilir. Bu yönde teşvik edici bir şekilde iyi bir yönetime ulaşabiliriz. Ölçebildiğimiz sürece bizim, değer temelli sağlık hizmetini sağlayabileceğimize ve etkin kullanacağımıza inanıyorum (Ömer Bey).”

Zeynep Hanım ise değer temelli sağlık hizmet sunum sisteminin oluşturulmasında sadece sayısal verilerle bu ölçümlerin yapılmaması ve bunun için gerekli alt yapının oluşturulması gerektiğini belirterek düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Bu konuda performans ölçümünü ele alırsak şu an olduğu gibi sayısal verilerle performans ölçümü değil de sunulan hizmetin kalitesiyle birlikte performans ölçülmelidir (Zeynep Hanım).”

Katılımcılardan Berat Bey’in düşüncelerine aşağıda yer verilmiştir:

“...bu ölçümler sadece hekimlerin faaliyet miktarları yönüyle değil kurumun her alanında her yönüyle olmalıdır ve belirli aralıklarla ölçülmelidir ki ne yaptığımız ve ne yapacağımız bilelim. Ancak bu ölçütler belirli bir kalıba (sayısal niteliklere) sokulmamalıdır. Çünkü sağlık sektörü insanla hizmet veren hassas sektörlerden biridir, soyut olduğu için ölçümü de zordur. Hizmeti somut ölçütlere (sayısal niteliklere) sahip ölçütlerle ölçemeyiz. Hizmetin ürettiği kaliteyi de dikkate alan ölçümlerle ölçümlemeliyiz (Berat Bey).”

3.4.3. Denetim

Katılımcılardan Eymen Bey değer temelli sağlık hizmet sunum sisteminin oluşturulması için hastanelerde denetimin gerekli olduğunu ve sistemin bu ölçümleri denetleyecek bir yapıya sahip olması gerektiğini vurgulayan sözlerine şöyle devam etmiştir:

“Sağlık Bakanlığında performans ölçümü, raporlamalar gibi şeyler yapıyor ancak yeterince denetlenmesi sağlanmıyor. Örneğin performans ölçümünde hekimlerin denetlenerek gereksiz yere tetkik istenmesinin önüne geçilmesi gerekir. Denetim yapıldığında yapılan denetimin adaletli bir şekilde sonuçlandırılması, suiistimale göz yumulmaması lazım, girdilerin ve çıktıların kontrol edilmesi lazım, birçok şeyin denetlenmesi lazım. Bu anlamda denetimin olması, bu sistemin oluşturulması için çok önemlidir.”

Ayrıca bu konu için şu örnekleri vermiştir:

“Güzel bir denetleme örneği olarak verebileceğim bir konu; eskiden bir anestezi teknikeri bir yerden uygun fiyatlı bir malzeme buluyor ve 4-5 yıllık ihtiyacını karşılayacak kadar alıyordu. Belki teknoloji değişecek malzemenin kullanımı ortadan kalkacak ama bunlar düşünülüyordu. Sağlık Bakanlığı stoklarla ilgili son dönemde çalışmalar yaptı. Normal depolarda stok tutma süresi 60 güne

düşürüldü, servis depoları kaldırıldı; servislere haftalık veya günlük malzeme çıkışları yapılıyor. Böylece gereksiz malzeme alışları, stok bekleme maliyetleri ve demode olma problemleri ortadan kalkmış oldu. Böyle bilgisayar teknoloji destekli stok denetleme sisteminin kurgulanmış olması, önemli bir maliyet avantajı yaratmış oldu. Ancak bunu bütün hizmet birim ve alanlarına yaymak lazım. Denetleme eksikliğine bir örnek vermek gerekirse tomografi istemleri verilebilir. Örneğin hekimin hastalardan istediği tomografi sayısı 300-500 e ulaşıyor ancak yaptığı cerrahi işlem sayısı düşük ama bu hekime herhangi bir denetim yapılmıyor (Eymen Bey).”

Benzer şekilde Zeynep Hanım yukarıdaki ifadeleri destekler nitelikte görüşlerini ifade etmiştir:

“Hastaneye sarf malzeme alımı yapılırken o malzemeyi kullanacak olan veya kullanan bu olaya yetkin olan kişiler tarafından yapılması gerekir. Örneğin bir hekim bir ilacı x miktarda istiyor daha sonra hekimin oradan tayini çıkıyor ve o branşta olan diğer hekimler o ilacı kullanmıyor ve ilaçlar öylece bekliyor. Bu bir maliyet sıkıntısıdır aslında, bunların etkin bir şekilde denetlenmesi gerekmektedir. Bunlara yönelik hem bakanlığımızın hem hastanelerimizin ortak olarak yaptığı bir takım çalışmalar bulunmakta; örneğin ortak ihaleler yapılıyor, hastanede kalan ilaçları son kullanım tarihi gelmemiş daha ama kendinin kullanmadığı ilaçları ortak sisteme açıyor ve siz başka bir yerden satın almadan kullanabiliyorsunuz. Değer temelli sağlık hizmetleri bu denetim alanlarının geliştirilmesi, uygun denetim sistemlerinin ve alt yapılarını kurulması ile sağlanabilir (Zeynep Hanım).”

Ömer Bey ise sistemin verimlilik ve maliyet açısından da denetlenecek bir sistemin olması gerektiğini ifade etmiştir:

“Hangi iş yapılırsa yapılsın ister sağlık hizmeti ister özel herhangi bir iş olabilir kesinlikle etkinliğinin denetlemesi gerekir. Ben çok tasarruf yaptım fakat bu kadar etkin ve etkili iş yapabildim diyebilir ya da çok maddi masraf yaptım bunun karşılığında şu kadar verimlilik ve memnuniyet aldım diyebilir. Sistemin bu ölçümleri denetleyecek bir yapıya sahip olması gerekir (Ömer Bey).”

3.4.4. Sevk Zinciri

Araştırma katılımcılarından Zeynep Hanım ve Elif Hanım değer temelli sağlık hizmet sunum sisteminin sağlanması için makro ölçekte sağlık politikaları ile desteklenerek birinci basamak sağlık kurumlarını daha etkili kullanmak üzere bir sevk zinciri sisteminin olması ve etkin uygulanması gerektiğini beyan etmişlerdir. Aşağıda katılımcıların tam ifadelerine yer verilmiştir:

“...yurt dışında hastalar aile hekimi onları sevk etmeden uzmana gidemiyorlar. Ama gerçekten gerekli ise aile hekimi kendisi randevu alıyor ve kendisi yönlendiriyor. İşte benim canım uzmana gitmek istiyor demekle basit hastalıklar için uzmana gidemiyorsunuz. Dolayısıyla o uzmana ulaştığınız zaman da kolay ulaşılamadığı için onun tedavisi de değerli oluyor. Bu anlamda sevk zincirinin başarılı bir şekilde uygulanmasının değer temelli sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında önemli olduğunu düşünüyorum. Özellikle ikinci ve üçüncü basamak için değer getirecektir (Zeynep Hanım).”

“Hizmet basamakları açısından tüm girdi, çıktılar değerlendirilerek bir sevk zincirinin getirilmesi gerekmektedir. Değişken ve dinamik kısımlar düşünülerek etkili bir sevk zincirinin kurulması gerekmektedir. Üçüncü basamak bir kurum olduğumuz için biz hastaları yönlendirmiyoruz aksine hastalar direk bize geliyorlar. Bu anlamda değer temelli sağlık hizmetlerinin etkili bir sevk zincirinin önemli olduğunu düşünüyorum (Elif Hanım).”

3.4.5. Fiziksel Koşullar

Araştırma katılımcılarından Yusuf Bey hastanelerin kuruluş aşamalarından itibaren dikkate alınması gereken uygun fiziksel koşullara sahip olması gerektiğini belirterek:

“Aslında hastaneler daha ilk kuruluşlarında, vereceği hizmetler, o bölgenin demografik yapısı, ekonomik yapısı, yaşayan insanların alışkanlıklarından nüfusuna kadar, birçok etken inceledikten sonra belirleniyor ve kuruluyorlar. Bir hastane kurulduktan sonra bunları tekrar düzenlemek çok kolay olmuyor. Sonradan ihtiyaç olduğunu anda fiziki şartları yerine getiremiyorsunuz, cihazı

sığdıramıyorsunuz bu açıdan fiziki şartlar önemli.” ifadesini kullanmış ve örneklendirerek açıklamıştır:

“Örnek olarak; bir KBB polikliniği ile Odyo testlerinin yapıldığı kabin arasındaki mesafe, EKG'nin çekildiği testlerinin yapıldığı alanla kardiyoloji polikliniği arasındaki mesafe, bir ameliyathane ile ön kontrollerin yapıldığı laboratuvarın olduğu yerler, kadın doğumda NST(Non Stres Test)'nin çekildiği yerler arasındaki alanlar, birbiriyle ilişkili alanlardır. Hastaları çok fazla yormadan hizmet aldığı poliklinikle ilişkili diğer yan hizmetleri alabileceği yerlerin konumlandırılması çok önemlidir ve değer temelli sağlık hizmetinin etkili bir şekilde sağlanabilmesi için uygun plan ve tasarımların yapılması kesinlikle yardımcı olacaktır (Yusuf Bey).”

Yine aynı şekilde Elif Hanım bu konuyla ilgili düşüncelerini örneklerle ifade etmiştir:

“Uygun fiziki koşulların sağlanması da etkilidir. Sağlık hizmeti alan kişi açısından değil sadece, hizmeti veren kişi açısından da uygun fiziki koşulların sağlanması bir kolaylıktır. Bu durum insan gücünü ve kaynaklarını bile etkiler. Uygun fiziki koşullar, kullanılan tüm kaynakların verimli kullanılmasına destek sağlar. Örneğin çocuk işitme testinin yapılması için bu faaliyet birimi, polikliniğe yakın olmalı ya da yeni doğan yoğun bakım kadın doğum servisine yakın olmalı. Bunların hepsi yani uygun mimari proje ve tasarımı değer temelli bir sağlık hizmeti sağlamada etkili olacaktır (Elif Hanım).”

Eymen Bey ise fiziki koşullara yani hastane tasarımlarına önem verilmesinin değer temelli sağlık hizmetinin sağlanmasında gerek maliyet açısından gerekse de kalitesi açısından bir katkısı olacağını belirterek düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Hastanelerin ve özellikle yeni yapılan hastanelerin birbirleriyle bağıntılı hizmet ve işlemlerin birbirine yakın olmasının sağlanması gerekmektedir. Bu aynı zamanda maliyetten tasarruf sağlayarak birbirleriyle ilişkili örneğin göğüs hastalıkları ve uyku laboratuvarlarının yakın olması, kadın doğum ve çocuk hastanesinin birlikte olması ya da bu iki polikliniğin birbirine yakın olması gibi

bu alana ilişkin işlemlerin verimliliği ve etkinliği için yapılmalıdır (Eymen Bey).”

3.4.6. Yeni Sistemin Denenmesi

Araştırma katılımcılarından Elif Hanım ve Miraç Bey değer temelli sağlık hizmetinin sisteminin oluşturulmasında öncelikle yeni sistemin denenerek sistemin yararları, zararları, iyi ve kötü yanlarının tam olarak her açıdan belirlenmesi gerektiğini beyan etmişlerdir. Aile hekimliği sistemine geçiş ile bunu örneklendiren Elif Hanım düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Aile hekimliği sistemine çok kısa sürede geçtik. Örneğin ben çocuk hekimiyim, bir aile hekimi benim bir çocuk hastam var ama tanı koyamadın bakamadım diyor, aslında aile hekiminin çocuk hastalara da bakabilmesi gerekir. Ancak bir şey diyemiyoruz çünkü aile hekimleri yeterli eğitimi alamadan çok kısa sürede bu döngüye dâhil edildiler. Bu eğitim daha düzenli, planlı ve yavaş bir şekilde verilmiş olsaydı belki de en baştan hasta bilinci sağlanarak bir hizmet sunumu gerçekleşebilirdi. Bu durum aynı şekilde değer temelli sağlık hizmeti sunum sisteminin sağlanması için de geçerli (Elif Hanım).”

Benzer şekilde Miraç Bey,

“Yeni sitem için öncelikle pilot çalışma yapılarak var olan kazanımları kaybetmeden mevcut yapının daha iyi işleyecek şekilde revize edilmesi ya da yeni sistemin mevcut kurum kültürünü ve iş yapma becerisini kaybetmeden oluşturulması için yeni sistemin yapılabilirliğinin denemesi gerekir (Miraç Bey).”

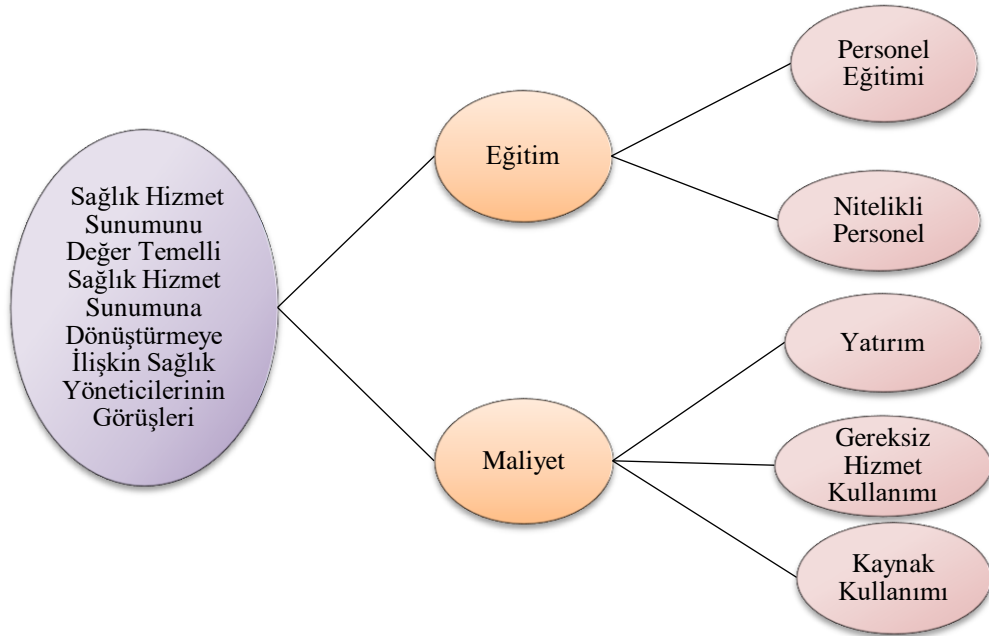
şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir. Kamu Hastane Birliği sisteminin kurulmasını örnek göstererek şu ifadelerde görüşlerini açıklamıştır:

“Örneğim Kamu hastaneler birliğinin kuruluşu ve şimdi dağılışı ele alabiliriz. Geçirdiğimiz yönetsel değişiklikler, stabil olmayan kararlar, kurum kültürünü de olumsuz yönde etkilemektedir. Bir düzen kuruyoruz sonra sıfırdan bir anda tekrar yeni düzen kurmaya çalışıyoruz yani fayda sağlayan şeyleri de göz ardı

ederek tamamen yeni düzene odaklanıyoruz. Kamu Hastane Birliği sistemi ile gelen iyiliklerin korunarak eksikleri de giderilerek bir pilot uygulama yapılırdı eğer ve bu uygulama ile yarar-zarar dengeleri performansı izlenseydi, hasta ve sistem üzerindeki etkileri farklı açılardan incelenerek böyle bir çalışma yapılırdı daha iyi olurdu. Türkiye olarak değer temelli bir sağlık hizmeti sunmaya geçiş düşünülyorsa bu sistem için önce pilot uygulamalar yapılarak sonuçları test edilmeli, daha sonra genele yayılmalıdır. Daha sonra da sistemin Türkiye için iyi veya kötü tarafları görülerek iyileştirilmelidir (Miraç Bey).”

3.5. Sağlık Hizmeti Sunumunu Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunumuna Dönüştürmedeki Düzenleme Alanlarına İlişkin Bulgular

Bu kısımda, “Hangi alanlardaki düzenlemelerle değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabilir?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerekliliğine ilişkin bulgular, “Eğitim” ve “Maliyet” olmak üzere iki temada birleştirilmiştir (Şekil 6).



Şekil 6: Sağlık Hizmet Sunumunu Değer Temelli Sağlık Hizmet Sunumuna Dönüştürmeye İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri

3.5.1. Eğitim

“Hangi alanlardaki düzenlemelerle değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabilir?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda bu temada yer alan alt başlıklar aşağıda verilmiştir. Bu temada “personel eğitimi ” ve “nitelikli personel” konuları olmak üzere iki başlık altında katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.5.1.1. Personel Eğitimi

Araştırmanın katılımcıları, hizmet sunum sisteminin değer temelli sağlık hizmetine dönüştürülmesinde özellikle eğitimde yapılacak iyileştirmelerle bu dönüşümün sağlanabileceğini belirtmişlerdir. Bu durumu açıklayan katılımcı görüşleri aşağıdaki gibidir:

“Değer temelli hizmetler açısından eğitim gereklidir. Zaten eğitim olmadan hiçbir aşamayı gerçekleştirmemiz mümkün değildir. En ufak bir değişiklik bile yapıyorsanız önce onu nasıl yapıyorsunuz bunu anlatmanız gereklidir (Elif Hanım).”

“Personel verdiği hizmetler ve süreçler konusunda ne kadar iyi eğitilmiş olursa, bu eğitimin içerisinde ne kadar çok çok staj ve pratik eğitim yapmış olursa yaptığı işi o kadar verimli ve kaliteli yapacaktır. Dolayısıyla kaliteyi öncelleyen değer temelli sağlık hizmetine dönüşüm için de insan gücünün maksimum düzeyde eğitilmiş olması gerekmektedir (Berat Bey).”

“Sadece mesleki değil aynı zamanda işin manevi yönü yani insan hayatının/ sağlığının önemine ilişkin tüm sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler verilmelidir. Örneğin en basit şekliyle hasta hastaneye girdiği anda ilk karşılaştığı kişi, bankodaki sekreterdir. Sekreterlerin özellikle insani duyguları gelişmiş olan bireylerden seçilmesi ve onlara bu konularda da özel eğitimler verilmesi gerekir. Çünkü gerek iş gerekse de işin yapılış biçimi önemli dolayısıyla hem iş ve işin yapılış biçimi hem de süreçlere ilişkin eğitim, bu dönüşüm için bir zorunluluktur (Eymen Bey).”

“...ayrıca değer temeli sağlık hizmetinde ulaşılmak istenen kalite için eğitimin şu anda bulunan düzeyden daha da üst düzeyde olması gerektiğini düşünüyorum. Yaşamımızdaki sürekli eğitimin olması gibi çalışanlarında alanlarında sürekli eğitim alması gerektiğini ayrıca uygulamaya dayalı eğitimlerin de olması gerektiğini düşünüyorum. Sürekli ve denetimli bir şekilde hizmet içi eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır (Miraç Bey).”

“Değer temelli sağlık hizmeti için kalitenin artırılması, kalitenin artırılması içinde eğitimin şart olduğunu düşünüyorum. Hem sağlık okuryazarlığının artırılması yani hastaya yönelik eğitimlerin yapılması gerekiyor hem de personele yönelik eğitimlerin yapılması gerekiyor (Zeynep Hanım).”

Bu görüşlere ek olarak yapılan bazı yeniklerin soyut olarak kalmadan somut bir duruma dönüştürülebilmesi için eğitimin her kademedede gerekli olduğunu belirten Yusuf Bey:

“Değer üretecek kaliteyi her alanda, personel ayırmaksızın yapılacak düzenli eğitimle desteklersek değer temelli sağlık hizmetine ulaşabileceğimizi düşünüyorum. Çağın üzerinde bazı şeyleri şekilsel olarak hayata geçirebiliyorsunuz. Fakat bunu bir yaşam tarzı, hastanenin standartta haline getirmek gerçekten zaman gerektiren ve gayret gerektiren bir iş. Bizce hastanedeki sorumlu ve müdür yardımcılarında başlayarak en alt kısma kadar bu bilinci veren eğitimlerle ve somut örneklerle anlatmak, kalite yaratmak anlamında bunların daha iyi anlaşılması, içselleştirebilecek eğitimlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum.” şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir.

3.5.1.2. Nitelikli Personel

Katılımcılardan Berat Bey, sağlık hizmeti sunumunu değer temelli sağlık hizmetine dönüştürmede etkili olacak alanlardan birinin de nitelikli personele sahip olunması olarak belirtmiş ve görüşlerini açıklamıştır:

“Bizim aslında hizmet sunumumuzdaki en önemli unsur personel seçimidir. Sadece iyi bir bina veya iyi bir cihazla iyi bir hizmet sunamazsınız bunun yanında ancak yetkin bir personelle iyi bir sağlık hizmet sistemi yönetebilirsiniz. Ülkemizin yanlışa düştüğü en büyük konulardan biri de budur. Örneğin devasa

çok yataklı Avrupa'nın en büyüğü dünyanın en büyüğü şeklinde binalar yapıyoruz ancak büyüklük bir ölçüt değildir değer temelli hizmet açısından önemli bir ölçütte nitelikli personeldir (Berat Bey)."

Yine aynı şekilde bu alanda nitelikli personel sayısındaki yetersizlik olduğuna dikkat çeken Zeynep Hanım:

"Bizim biraz nitelikli sağlık personeli sayımızda yetersizlik var. Kişisel memnuniyetsizlikler, bazı okullardaki eğitim kalitesinin düşmüş olması veya aynı eğitim standardının yakalanamaması gibi nedenlerle nitelikli personel yetiştiremiyoruz. Bu konuda yapılacak iyileştirmeler, değer temelli sağlık hizmetleri dönüşümü için önemli bir alt yapı olacaktır." şeklinde görüşlerini ifade etmiştir.

3.5.2. Maliyet

"Hangi alanlardaki düzenlemelerle değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabilir?" sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda elde edilen maliyet temasında yer alan "yatırım", "gereksiz hizmet kullanımı" ve "kaynak kullanımı" konuları olmak üzere üç başlık altında katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.5.2.1. Yatırım

Araştırma katılımcılarından Yusuf Bey, dönüşüm için doğru yatırıma önem verilmesini gerektiğini söyleyerek:

"...tabii kalitenin parasal boyutu da var o yüzden sağlık hizmetlerine doğru yatırım yapmak gerekiyor. Bu yatırım fiziksel donanım ile olabileceği gibi tıbbi cihazlarla da olabilir." şeklinde görüşlerini ifade etmiştir.

Yine aynı şekilde doğru yatırımın önemli olduğunu vurgulayan Eymen Bey, Türkiye'de çok fazla cihaz kirliliği olduğunu ve bunların giderilerek etkili kullanılmasının gerekli olduğundan bahsetmiştir. Katılımcının konu ile ilgili ifadesine aşağıda yer verilmiştir:

"bunun için doğru yatırımlar yapılmalıdır. Yatırım açısından Türkiye'de çok fazla cihaz kirliliği var; örneğin hekimlerle sohbet arasında veya sosyal

medyadan duyduğum kadarıyla yurt dışında ülkelerde tomografi cihazı sayısı 3-5 tane iken, Türkiye’de küçük illerde dahi 3 tanesi hizmet alımı 3 tanesi demirbaş olmak üzere toplam 6 tane var. Özellikle radyasyon kaynaklı tıbbi cihaz çok fazla bulunmaktadır. Evet, yatırım yapmalıyız ancak mali açıdan etkili kullanacak yatırımlara önem vermemiz gerekmektedir (Eymen Bey).”

3.5.2.2. Gereksiz Hizmet Kullanımı

Araştırmaya katılımcılarından Zeynep Hanım ve Miraç Bey değer temelli sağlık hizmetine geçişte düzenlenmesi gereken alanlardan biri olarak gereksiz hizmet kullanımlarının olduğunu görmüşlerdir. Aşağıda iki katılımcının tam ifadelerine yer verilmiştir:

“En başta kıt kaynaklar düşünülerek gereksiz hizmet kullanımının önlenmesi değer temelli sağlık hizmeti için temel bir gerekliliktir. Bunun için ise yeni düzenlemelerin yapılması gerektiğini düşünüyorum. Yani 20 tane hastaya bir işlem yapıyorsak bunun 10 tanesi gereksizse, aynı bu kaynağı aslında gerçekten bu sağlık hizmetine ihtiyacı olan diğer 10 hasta için çok daha etkili ve kaliteli bir hizmet üretmek için kullanabiliriz. Sonuçta gereksiz kullanımların ortadan kalması ile gerçekten ihtiyacı olan hastalara daha etkili ve kaliteli bir hizmet sunacak hale gelebiliriz bence (Zeynep Hanım).”

“...ama burada en temel maliyet, hasta bakım maliyetidir. Bu nedenle gereksiz hizmet kullanımları azaltılabilirse değer yaratılacağına, hastaya birçok yönden kullanılan malzemeler, cihazlar, yapılan tetkik ve tahliller, muayeneler, sevkler, bakımlar, hastaneye yatış süreleri gibi durumların hepsinin azalacağına inanıyorum. Bu alanda bir düzenleme olmalı diyebiliriz (Miraç Bey).”

Eymen Bey ise diğer katılımcıları destekler nitelikte ifadeler kullanarak bu konuyu açıklayan örnekler sunmuştur:

“Yurtdışın da nasıl oluyor bakılacak olursa yılda 1 kere MR veya 6 ayda bir kere tomografi çekirme hakkı veriliyor. Belki bu sayı az, evet ama bizde hastanın yaşına, hastalığına, kimliğine, maddi durumuna bakmadan her hastaya her hafta her ay MR çekebiliyoruz ki bunların çoğu gereksiz kullanımı yaratıyor.

Örneğin hekim ayda 500 tane tomografi istemiş ama yalnızca 2 tane operasyon yapmış olsun. Bu gibi durumlara gerçekten çok fazla görülüyor. 498 tanesinin hangileri gereksiz yere kullanıldı? bunların belirlenmesi ve engellenmesine ilişkin düzenlemeler yapılması maliyet avantajı yaratmada önemlidir. Dolayısıyla değer temelli sağlık hizmetine geçişte gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi konusunun düzenlenmesi gereken bir alan olduğunu düşünüyorum (Eymen Bey).”

Yine aynı şekilde Ömer Bey bu konu ile görüşlerini gereksiz hizmet kullanımının engellenmesinin getirilerinden bahsederek şu şekilde ifade etmiştir:

“İsrafları önlediğimiz zaman gerekli iyileştirmeleri yapar, hastaların alması gerektiği kadar hizmet sağlayabilirsek, gerekli olan kadar tetkik yapılmasını sağlayabilirsek, bu anlamda tasarrufa geçmiş olur ve karlılık miktarını arttırabiliriz (Ömer Bey).”

3.5.2.3. Kaynak Kullanımı

Araştırma katılımcılarından Eymen Bey, mevcut yapının değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüştürülmesinde kaynak kullanımına ilişkin düzenlemelerin önemli olduğunu belirtmiştir. Aşağıda katılımcının ifadesi sunulmuştur:

“...bir açıdan değer temelli sağlık hizmetlerinde maliyetin de gözetilmesi gerekmektedir. Kalitenin yapılmasını zorunlu kıldığı, ancak idari mali işlerin çok maliyetli bulunduğu, bütçenin yetersiz olduğu durumlar olabiliyor bu açıdan hasta sağlığına zarar vermeyecek şekilde kaynakların etkin kullanımının dönüşüm için gerektiğini düşünüyorum (Eymen Bey).”

Kaynak kullanımının satın alma sürecinden başladığını ifade eden Berat Bey ise şu şekilde sözlerine devam etmiştir:

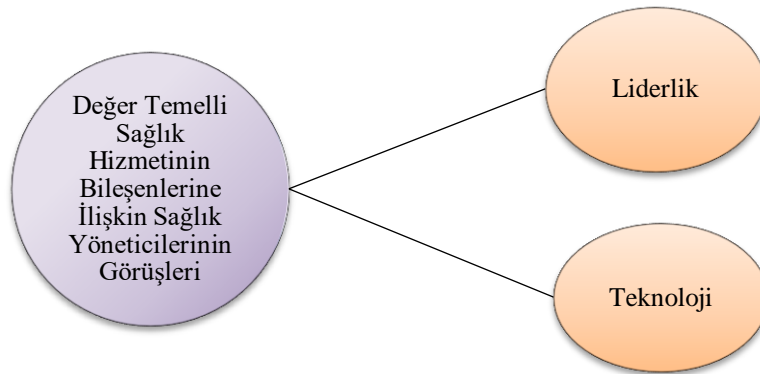
“Sarf malzeme ve bakım maliyetlerinin analiz edilmesi gerekir. En iyi cihaza sahip olmak verimliliği getirmez bunun yanında bakım maliyetlerinin bile düşünülerek planlamaların yapılması gerekmektedir (Berat Bey).”

Katılımcılardan Zeynep Hanım ise diğer katılımcılardan farklı olarak kurumların yanında hastanın da kaynak kullanımında yardımcı olması gerektiğini vurgulayarak görüşlerini ifade etmiştir:

“...aslında kaynakların kötüye kullanımı gereksiz maliyet oluşması anlamına geliyor ve maliyetlerin artması için bir sebeptir. Kaynak kullanımında hasta da yardımcı olmalıdır. Mesela şu an Türkiye de Hepatit C'nin tedavisi var ve devlet bunu karşılıyor ancak bir kez karşılıyor. Hasta keyfi olarak tedaviyi yarım bırakıyor ve haliyle hastalık geçmediği için tekrar sağlık hizmeti talebinde bulunuyor. Bu da ciddi maliyetlere yol açıyor. Mali alanda yapılacak düzenlemelerin değer temelli sağlık hizmete geçişte gerçekten etkili olacağını düşünüyorum (Zeynep Hanım).”

3.6. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Bileşenlerine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, “Değer temelli sağlık hizmetinin bileşenlerini değer temelli sağlık hizmeti dönüşümünde nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bulgular, “Liderlik” ve “Teknoloji” olmak üzere iki temada birleştirilmiştir (Şekil 7).



Şekil 7: Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Bileşenlerine İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri

3.6.1. Liderlik

Araştırma katılımcılarından Berat Bey değer temelli sağlık hizmetinin bileşenlerinden olan liderliğin, değer temelli sağlık hizmeti dönüşümünde nitelikli personel seçimi ve kaliteli hizmet sunumu açısından gerekli olduğunu belirterek görüşlerini şu sözlerle ifade etmiştir:

“Liderler çok önemlidir. Çünkü işini çok iyi yapan tam donanımlı bir personeliniz de olsa onlar iyi yönlendirilmez ise hiçbir yere varılamaz. Bu yüzden işin lokomotifini olan liderlerle, iyi bir idari yapılanma, nitelikli bir personel seçme, işlerin doğru yapılması için gerekli şartların oluşturulması, kaynakların doğru dağıtımı ve kullanımı mümkün olabilir. Dolayısıyla iyi bir hizmet ortaya konulmak isteniyorsa, iyi bir hizmet sunumu oluşturulmak isteniyorsa bu dönüşüm sürecinin temel aktörü olan liderlerle bunlar sağlanabilir.”

Değer temelli sağlık hizmeti dönüşümünde liderlerin bir kurum içerisinde tüm süreçlere hâkim olarak kendini geliştirmesi, birçok alanda deneyim sahibi olması gerektiğini vurgulayan Berat Bey şu şekilde sözlerine devam etmiştir:

“Önemli olan sıfatlara bağlı kalmadan en alttan yetişerek her birimde çalışan her birimle ilgili deneyimi ve tecrübesi olan, tüm alanların çalışma mantığını bilen insanlar olmalıdır. Örneğin önce bir birim amiri olmalı, daha sonra grup amiri olmalı daha sonra hastanenin belli alanlarında başhekim yardımcısı olmalı, başhekim olmalı daha sonra sağlık grup başkanı olmalı, il sağlık müdürlüğünde şube müdür yardımcısı veya müdür olmalı şeklinde devam eden bir süreç olmalıdır. Bu anlamda iyi bir liderle iyi bir yönetim şekli sağlanırsa değer temelli sağlık hizmetinde daha verimli bir noktaya gelineceğini düşünüyorum (Berat Bey).”

Katılımcılardan Ömer Bey değer temelli sağlık hizmetlerinde girdi ve çıktı kontrolü ile ölçülebilir ve denetlenebilir bir sistem için alt yapı oluşturabilecek yetkinlikte dönüştürücü liderlerin olması gerektiğinden bahsetmiştir:

“...her ne kadar biz devletimizin bize ayırdığı kaynakları kullansak da bu kaynakların daha verimli etkin, israf etmeden gerektiği zaman gerektiği kadar harcamasını bilen, gereken yönetim tarzı ve kültürünün oluşturulmasını sağlayacak liderlere büyük iş düşüyor. Bizim çıktımız sağlık hizmetidir. İşte burada devreye giren değer temelli sağlık hizmeti anlayışına sahip liderler, girdi ve çıktıları değerlendirebilir, sorgulayabilir ve bunlar için gerekli olan alt yapıyı sağlayabilir. Gerçekten bir hastaneyi yönetme potansiyeline sahip liderlerin olması gerektiğine inanıyorum. Liderler, kendisini takip eden kişilerle güçlü bir iletişim sağlayarak, ölçülebilir, denetlenebilir bir sistem oluşturabilir ama bu denetlenmenin sonucunda da gerekli yaptırımlar yapılabilmelidir. Bunun içinde liderlerin sorumluluğu kadar yetkisinin de olması gerekir (Ömer Bey).”

Değer temelli sağlık hizmetlerinde liderliğin bir ekip işi olduğunu belirten Miraç Bey ekipte ve bu ekibi yöneten liderlerde olması gereken özelliklerden bahsederek şu ifadeleri kullanmıştır:

“...ayrıca sağlık hizmeti bir ekip işidir ve ekibin şefi liderlerdir. Sağlık hizmeti sunacak üyelerin seçiminde liderler, kalite ve değerlerin etkili olduğu bir ekibi kurması gerektiğini düşünüyorum. Eğer bu ekip üyeleri, değişime açık, kendilerini sürekli yenileyebilen, üretken ve yenilikleri hızla alıp uygulayabilecek kapasiteye sahipse verdikleri kararlarda kendilerini eleştirel boyutta inceleyip yanlış paylarını bulup kendi kendilerini irdeleyecek düzeye gelirlerse kuruma ve kendilerine çok iyi değerlerin katılabileceğini düşünüyorum (Miraç Bey).”

3.6.2. Teknoloji

Araştırma katılımcılarından Berat Bey değer temelli sağlık hizmetinin bileşenleri olan teknolojiyi değer temelli sağlık hizmeti dönüşümünde değerlendirdiğinde eksikliklerin ve aksaklıkların giderilerek maliyet açısından etkinliğin sağlanması için gerekli gördüğünü belirterek görüşlerini şu sözlerle ifade etmiştir:

“Doğru bir bilgi yani veri işleme sisteminin olması dönüşüm için vazgeçilmez unsurlardan biridir. Kurumda süreçteki problemleri tespit etme ve en iyi

uygulamaları belirleme vs. gibi konulara ilişkin verilerin toplanması ve analizinin sürekli yapılması gerekir. Bunu sağlayan bilgi teknolojileri büyük bir kolaylık ve hız sağlıyor. Bu ve bu gibi çalışmalar için özellikle de maliyet açısından etkinliği sağlamak için bilgi teknolojilerinin kullanımı gerekir. Dolayısıyla bu dönüşüm sürecinde de bilgi teknolojileri alt yapısının oluşturulması son derece önemlidir(Berat Bey).”

Bu konu ile ilgili görüşlerini ifade eden Zeynep Hanım diğer teknolojilerin de sağlık hizmetleri dönüşümünde vazgeçilme olduğunu belirtir ve birkaç örnekle teknoloji ile gelen uygulamaların sağlık hizmeti sunumuna değer kattığını, değer temelli sağlık hizmeti bileşeni olarak da teknolojinin değer katmaya devam edeceğini açıklamıştır. Aşağıda katılımcının tam ifadesine yer verilmiştir:

“Aslında tele-tıp, tele-radyolojinin gelmesiyle gereksiz tetkikler azaltıldı nedeni ise herkesin yapılan tetkikleri kaybolma riski olmadan görebiliyor olması. Tabi bu da maliyette bir düşüş yaratıyor, hekim tekrar aynı tetkiki istemiyor. Ya da bilgisayara entegre bir takım sistemler var; örneğin bir tahlil istediğinizde ekranınıza uyarı çıkıyor, üç gün önce bu tahlil veya tetkik yapılmıştır tekrar istediğinize emin misiniz diye uyarı çıkıyor. Bunlar, maliyeti düşüren gereksiz tetkik istemiyorsunuz, gereksiz ilaç vermiyorsunuz. Çünkü aynı şekilde buradaki sistemde hastalara verilen ilaçları daha önce yazılan reçeteleri de görebiliyorsunuz. A hekimine gitmiş x ilaç yazılmış, B hekimine gidilmiş diğer ilaçtan haberdar olunmadığı için x ilacının muadili yazılmış. Bu hasta için ciddi sıkıntı oluşturabilecek bir şey. Bu gibi sistemlerin sağladığı kolaylıkları gördüğümüz için şimdi ve gelecekte değer temelli sağlık hizmetlerinde teknolojinin gerçekten hizmete değer katmada etkili olacağını düşünüyorum (Zeynep Hanım).”

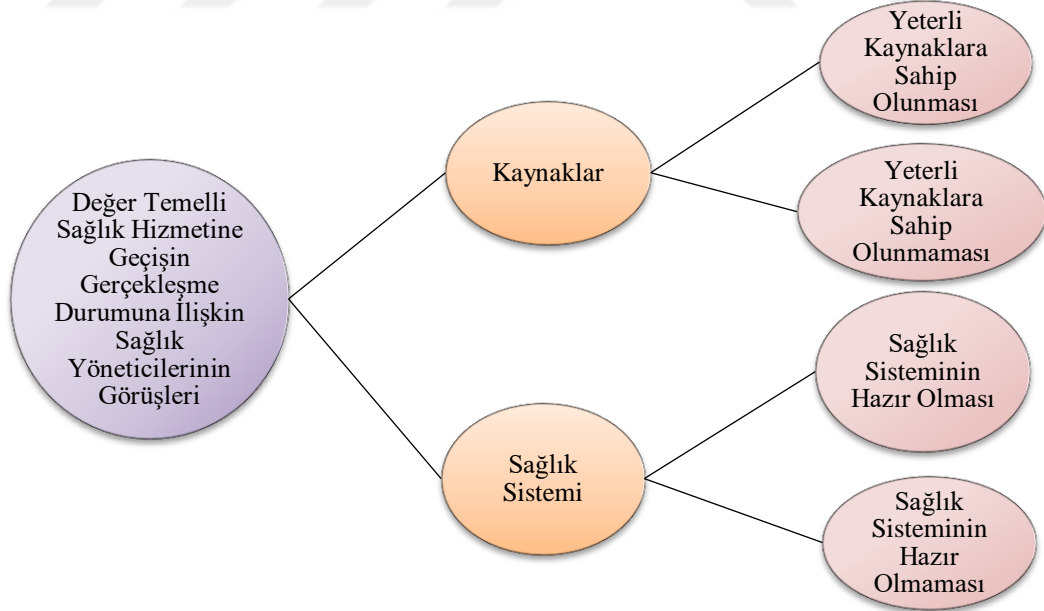
Katılımcılardan Yusuf Bey, değer temelli sağlık hizmetinin bileşeninden olan teknolojinin bir hedef olması gerektiğine vurgu yaparak görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Bence bakımın değerini arttırmanın en önemli yolu gelişen teknolojiyi takip edip, yeni teknolojilere, yeniliklere kurumların adapte olmasıdır. Çünkü bakım

hizmetlerinde artık günümüz teknolojilerinde sağlık sektöründe çok hızlı ilerleyen bir teknoloji var, yeni çıkan yöntemler, işlemleri kolaylaştıracak, teşhis ve tanıları hızlandıracak ve hatayı minimuma indirecek, çok seri olarak verileri bir yerden bir yere aktaracak, hem karar vericilere hem sağlık hizmeti alanlara çok daha hızlı doğru ve güvenli hizmet sunacak, daha konforlu hizmet alabilecek teknolojiler var. Bunların değer temelli sağlık hizmetinin teknoloji ayağı olarak birlikte etkili kullanılacağını düşünüyorum (Yusuf Bey).”

3.7. Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerçekleşme Durumuna Dair Katılımcı Görüşlerine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, “Değer temelli sağlık hizmetine geçiş sizce gerçekleşebilir mi?” sorusuna katılımcılar tarafından verilen yanıtların analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerçekleşme durumuna ilişkin bulgular, “Kaynaklar” ve “Sağlık Sistemi” olmak üzere iki temada birleştirilmiştir (Şekil 8).



Şekil 8: Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerçekleşme Durumuna İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri

3.7.1. Kaynaklar

Değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerçekleşme durumuna ilişkin bulgular, “Kaynaklar” teması altında incelenmiştir. Bu temanın alt başlıkları olarak “yeterli kaynaklara sahip olunması” ve “yeterli kaynaklara sahip olunmaması” konuları olmak üzere iki başlık altında katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.7.1.1. Yeterli Kaynaklara Sahip Olunması

Araştırmanın katılımcılarından Zeynep Hanım değer temelli sağlık hizmetinin gerçekleşmesinde kaynakları değerlendirerek, geçmişe göre hizmet veya kurum bazında daha iyi bir düzeyde bulunduğumuzu bu nedenle de değer temelli sağlık hizmetini gerçekleştirebilecek yeterli kaynaklara sahip olduğumuzu şu şekilde ifade etmiştir:

“Türkiye olarak bence biz sağlıkta iyi bir konumdayız. Yurt dışındaki sağlık ile ilgili birçok şeyi biliyorum ve bu açıdan iyi bir yerde olduğumuzu düşünüyorum ki sağlık turizmi de başlamış durumda. Türkiye'nin sağlıkta lider konumda olan ülkelerden biri olduğunu düşünüyorum. O yüzden Türkiye de çok iyi durumdayız sağlık açısından ama tabii eksiklerimiz var ama bu tedaviyi Türkiye de alamıyorum yurtdışına gitmem lazım tedavi için diyebileceğiniz çok çok az durum vardır bu yüzden kaynaklarımızın yeterli olduğunu söyleyebiliriz. Değer temelli sağlık hizmeti için de kurumların yeterli olduğunu düşünüyorum. Önceki yıllara kıyasla günümüzde en küçük ilçe de bile son derece modern ameliyathanesi, yoğun bakımları olan birçok hastane mevcut bulunmakta. Fiziki mekânlarla ilgili bir sıkıntımızın da olduğunu düşünmüyorum. Kurum açısından hastalar daha iyi bir hizmet alabilecek konumdalar bence şu an sisteme geçme için yeterli kaynaklara sahibiz (Zeynep Hanım).”

Katılımcılardan Ömer Bey ve Miraç Bey değer temelli sağlık hizmetinin geçişin gerçekleşmesini kaynaklar açısından insan gücü, tıbbi cihazlar ve bütçeden sağlığa ayrılan pay olarak değerlendirmiş ve yeterli kaynaklara sahip olduğumuzu söyleyerek kaynakların etkin kullanılmasına vurgu yapmıştır. Aşağıda iki katılımcının ifadelerine yer verilmiştir:

“Türkiye’ de değer temelli sağlık hizmeti üretmek için gerekli kaynaklara sahibiz. Bu kaynaklar açısından bakılacak olunursa; insan gücüne sahibiz, maddi kaynaklar açısından sistemimiz diğer gelişmiş ülkelere nazaran daha geride gibi görünse de devletin bütçeden sağlığa ayırdığı pay yüksektir; ayrılan bütçelerde Savunma Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ön plana çıkmaktadır. İster özelde ister kamuda maddi kaynak yönünden, sağlık personeli yönünden, hizmet sunulacak tıbbi sarf malzemeler ve tıbbi cihazlarda eksikliğimiz olduğuna inanmıyorum. Fakat bunların etkin kullanılması ya da gerçekten gerekli olup olmadığına göre nasıl kullanıldığı konusunda tereddütlerim var. Dolayısıyla eğer değer temelli sağlık hizmeti bize bu imkânı sunabilecekse bu dönüşüm mantıklı olacaktır. Çünkü kaynak olarak sorunumuz yok (Ömer Bey).”

“Gerekli kaynaklara sahip olduğumuzu söyleyebilirim hatta değer temelli sağlık hizmetinin var olan, üzerinde çalışılan ancak geliştirilmesi gereken bir konumda olduğunu da söyleyebilirim. Sahip olduğumuz kaynaklardan olan insan gücü bile bunu sağlayabilecek konumdadır. Gerekli kaynaklar açısından; teknoloji, nitelikli insan gücü, yatırım vb. gibi tüm kaynaklara sahibiz ancak bu kaynakların yönetiminin iyi yapılması aynı zamanda etkin, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Bu sayede sahip olduğumuz kaynaklarla değer temelli sağlık hizmetine tam olarak geçilebileceğini düşünüyorum (Miraç Bey).”

Katılımcılardan Yusuf Bey bu geçiş için yeterli kaynaklara sahip olduğumu söyleyerek ‘Şehir Hastaneleri’ ile gelen yeniliklere vurgu yapmıştır:

“Gerekli kaynaklara sahip olduğumuzu düşünüyorum. Bu kaynakları kullanma konusunda şehir hastaneleri tabi bizi heyecanlandırıyor ve tabi liderlik yapıyor birçok konuda. Özellikle teknoloji konusunda hem eskiden biliyorsunuz özel hastaneler kamunun teknoloji olarak biraz önünde giderdi, kamu özel hastaneleri takip ederdi. Fakat şimdilerde şehir hastaneleri hem teknoloji, hem de anlayış ve yönetim şekli yönüyle güzel bir örnek oldu. Gerçekten kamu hizmetlerini özel sektöre örnek olabilecek bizimde takip ettiğimiz noktaya getirdi. Bence özellikle sağlık turizmi konusuna da eğer hızlı bir şekilde şehir

hastaneleri entegre olursa bu işe eğilirse, Türkiye’de sağlık hizmetine değer katma anlamında örnek olabileceğini düşünüyorum (Yusuf Bey).”

Benzer şekilde Eymen Bey ise bu konu ile ilgili yeterli kaynaklara sahip olduğumuzu ifade ederek personel sayısının etkin kullanılması gerektiğine dikkat çekmiştir:

“Türkiye’de gerekli kaynaklara sahip olduğumuzu düşünüyorum. Tıbbi cihaz açısından, kurum açısından ve personel açısından baktığımızda gerçekten iyi durumdayız. Tek eksikliğimiz personel sayımızı etkin olarak kullanamamak olabilir. Genel olarak bakarsak Türkiye’de değer temelli sağlık hizmeti için birçok ülkeye göre gerekli kaynaklara sahibiz (Eymen Bey).”

3.7.1.2. Yeterli Kaynaklara Sahip Olunmaması

Araştırmanın katılımcılarından Elif Hanım değer temelli sağlık hizmetinin gerçekleşmesinde kaynakları değerlendirmiş, hizmete erişim sıkıntısı ve sağlık personelinin sayısının yetersiz olduğunu belirterek yeterli kaynaklara sahip olmadığımızı şu sözleriyle ifade etmiştir:

“...ülkenin farklı bölgelerine göre branş ve hekim sayısı bile yetersizken değer temelli sağlık hizmetine dönüşüm gerçekten zor diye düşünüyorum. Birçok hastanede bizim hastanemizde bile olmayan bölümler var. Doğru yerde, doğru zamanda, doğru kişi tarafından, doğru hizmetin verilmesi diyoruz çünkü bunlar olmadan değer temelli sağlık hizmeti sunamazsınız. Bu açıdan yeterli kaynaklara tam anlamıyla sahip olduğumuzu düşünmüyorum (Elif Hanım).”

Katılımcılardan Berat Bey ise değer temelli sağlık hizmetinin gerçekleşmesinde idari ve politika mekanizmaların önemini ifade ederek bu alanda bir eksiklik olduğunu beyan etmiştir. Aşağıda katılımcının ifadesi yer almaktadır:

“Sadece değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerçekleşmesi ve etkili bir hizmet sunmak için kaynaklar adına yeterli bir idari ve politika mekanizmalarımızı oluşturmamız gerekiyor. Bu konuda kaynak olarak eksikiz. Türkiye’de yeterli tecrübeye sahip insanlar bir araya getirilmeli (Berat Bey).”

3.7.2. Sağlık Sistemi

Bu temada, alt başlıkları olan “sağlık sisteminin hazır olması” ve “sağlık sisteminin hazır olmaması” konuları olmak üzere iki başlık altında katılımcı görüşlerine yer verilecektir.

3.7.2.1. Sağlık Sisteminin Hazır Olması

Araştırmanın katılımcılarından Yusuf Bey ve Zeynep Hanım değer temelli sağlık hizmetlerini, gerçekleştirme durumunu değerlendirerek, geçişin olabileceğini ve sağlık sisteminin buna hazır olma yolunda olduğunu beyan etmişlerdir. Aşağıda iki katılımcının tam ifadeleri sırasıyla verilmiştir:

“Özel bir kurum olarak değer temelli sağlık hizmeti için dönüşüm yapabilmeye yeteneğine çok yakın olduğumuzu düşünüyorum. Yani bakım süreçlerimizde gerçekten istenilen asgari standartların tamamı yerine getiriliyor ama burada tabi daha iyiye götürmek adına değişik fikirler ve düşünceler tavsiyeler ortaya çıkabiliyor. Bunları da süreçlere dâhil ediyoruz. Tabi bakım sürecine ilave bir şey katmanız için birçok onay alınması gerekiyor, danışılması gereken birçok yer oluyor, bu hemen aklımıza geldiği anda yapabileceğimiz bir şey değil ama bu konuda daha da ileriye gidebilmek için devam ettiğimiz bazı çalışmalarımızda var. Bakım süreçlerimiz ve sistemlerimizin değer temelli sağlık hizmeti için hazır olma aşamasına çok yakın olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz (Yusuf Bey).”

“Hem özelde çalıştım hem de kamuda çalıştım. Doktorluk ve idarecilik yaptım, yapıyorum işin mutfağında olan biri olarak iyi durumdayız diyebilirim. Şu anda hem bize gelen, hem bakanlığımıza gelen, bir takım projelerle hastanelerde başlattığımız şeyler neticesinde buna özelerde dâhil bence daha iyiye gidiyoruz. Ancak buna tam katılım sağlanmalı, bence Türkiye de sağlık sisteminin halk tarafından da desteklenmesi gerekiyor. Genel olarak bakarsak sistemde hazır olma yolundayız (Zeynep Hanım).”

Katılımcılardan Eymen Bey değer temelli sağlık hizmetlerinin, gerçekleştirme durumunu değerlendirerek, geçişin olabileceğini, kendi kurumlarında ve sağlık sisteminde buna hazır olma yolunda adımlar atıldığını söyleyerek şu ifadelerde değerlendirmelerini açıklamışlardır:

“Kaliteli ve değer temelli hizmet verebilmek için bütün ekip olarak çalışıyoruz. Bunun için haftalık toplantılar yapılmakta. Bu toplantıların amacı değer temelli olarak kalitenin artırılması, işlemlerin daha hızlı yapılması, hastaların daha iyi hizmet alabilmesine yönelik toplantılar. Bu toplantılarda tüm birim sorumluları katılıyor ve birimdeki çalışanlarla birlikte toplantıda alınan kararları yerine getirmeye çalışıyorlar. Bu noktada kurumumuzda değer temelli sağlık hizmeti verebilmek için A’dan Z’ye bütün birimler entegre bir şekilde çalışmaktadır. Hem kurumumuz açısından hem de Türkiye’deki sağlık sisteminde geçişin gerçekleşebileceğini ve değer temeline katılma noktasında hazır olduğunu düşünüyorum (Eymen Bey).”

Katılımcılardan Ömer Bey ise değer temelli sağlık hizmetlerinin, gerçekleştirme durumunu değerlendirerek geçişin olabileceğini, sağlık hizmetlerinin her geçen gün gelişmesinden kaynaklı tamamen hazır olduğunun söylenmesinin zor olduğunu ancak yapılan çalışmalarla sağlık kurumlarında birçok alanda değer temelli hizmet sunmak için hazırlandıklarını ve bu konuda çaba gösterdiklerini söyleyerek şu ifadelerle değerlendirmelerini açıklamışlardır:

“Değer temelli hizmet sunumuna bizim bakım süreçlerimiz ve sistemlerimizin tamamen hazır olduğunu diyemeyiz ancak kişiye, sisteme veya topluma ne kadar etki edeceği düşünülerek, hizmet sunum sistemimizi yeni sistemlere hazırlamak için çok büyük adımların atıldığı, kararlar alındığını söyleyebiliriz. Sağlık hizmetin de her geçen gün gerek cihaz anlamında gerekse de sağlık hizmeti sunumu anlamında hep yenilik yaşanmakta olduğu için dört dörtlük duruma geldiğimiz, tam hazır olduğumuzu iddia etmek zor. Ancak geçiş için her bir yenilik ve çeşitliliği birlikte takip etmek ve bu kültüre sahip olmak gerektiğini söyleyebilirim (Ömer Bey).”

3.7.2.2. Sağlık Sisteminin Hazır Olmaması

Araştırmanın katılımcılarından Berat Bey değer temelli sağlık hizmetlerini, gerçekleştirme durumunu değerlendirerek, geçişin olması için atılması gereken daha çok adım olduğunu bu yüzden de sağlık sisteminin buna hazır olmadığını belirtmiştir:

“Kurumumuz açısından değerlendirirsek, 27 yıllık bir özel kurum olmamıza rağmen değer temelli bir sağlık hizmeti sunmak adına, verimlilik, eğitim, doğru personel istihdamı gibi birçok konuda daha başlangıç aşamasında olduğumuzu düşünüyorum. Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri ve bakımın kalitesi maliyetler açısından baktığımızda da değer temelli hizmet için hazır olmadığımızı daha başlangıç aşamasında olduğumuzu düşündürüyor (Berat Bey).”

Ayrıca Berat Bey değer temelli sağlık hizmetine geçişte sağlık sisteminde eksikliklerin olduğunu ve bunların giderilmesi ile ilgili çalışmalar yapılması gerektiğini belirtmiş ve şu öneride bulunmuştur:

“Hastanelerdeki performans ve verimlilik sistemine bakacak olursak ülkemizde uygulanan sistemler var. Tabii sistemin eksiklikleri vardır ancak buna muhalif olanlar ve bunu savunanlar neden muhalif olduklarını veya niye savunduklarını ortaya koyarak eksiklikleri belirlemelidir. Mevcut sağlık sisteminden değer temelli sağlık hizmetine geçişi gerçekleştirmek için bunun nasıl düzeltilebileceği ortaya konulmalıdır (Berat Bey).”

Katılımcılardan Miraç Bey ise değer temelli sağlık hizmetine geçişin mümkün olduğunu ancak bunun için henüz hazır olunmadığını ve hasta odaklı hizmetin benimsenmesi gerektiğini vurgu yaparak görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Kısaca hasta açısından alınan bir sağlık hizmeti ile ilgili bilgilendirme, memnuniyet veya herhangi bir durum için yüksek tatmin düzeyine ulaştığınızda değer temelli sağlık hizmetine geçişte mümkün olabilir. Bunun için sistemin hasta odaklı hizmeti benimsemesi ve sistemi buna göre yapılandırması esastır. Bu anlamda daha başlangıç aşamasındayız diyebiliriz.”

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu kısmında, katılımcılar ile yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular değerlendirilmiş ve değer temelli sağlık hizmetleri adına olumlu katkı sağlayabilecek öneriler sunulmuştur.

Araştırmanın sonuçları, görüşme sorularıyla bağlantılı olacak şekilde yedi aşamada değerlendirilmiştir.

SONUÇ

1. Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Sağlık Yöneticilerine Ne İfade Ettiğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, değer temelli sağlık hizmetlerinin katılımcılara ne ifade ettiğine ilişkin değerlendirmeleri üç tema altında toplanmıştır. Bunlar: “maliyet-kalite ilişkisi”, “maliyet-verimlilik ilişkisi” ve “maliyet-koruyucu sağlık hizmetleri ilişkisi” şeklindedir.

Değer temelli sağlık hizmetlerin maliyet-kalite ilişkisi olduğu görüşünü belirten katılımcılar, kalite ve maliyet arasında bir denge sağlanması, sağlık hizmetleri sunumunda hasta sağlığına zarar vermeden en uygun maliyetle en kaliteli sağlık hizmetinin hastalara sunulması olarak değer temelli sağlık hizmetini ifade etmişlerdir. Alan yazında da değer temelli sağlık hizmetlerinin başarısı için kalite ve finansal ölçümlerin oluşturulmasının hayati ve gerekli olduğu belirtilmektedir (Koury ve diğerleri, 2014, s. 52). Yüksek kaliteli sağlık bakımı, çalışan memnuniyetini, kaliteli hizmet üretimini artırabilir ve çalışan devamsızlığı azaltabilir. Bunun da uzun vadede sağlık harcamalarını azaltabileceği düşünülmektedir (Maio ve diğerleri, 2003, s. 2).

Değer temelli sağlık hizmetlerinin maliyet-verimlilik ilişkisi olduğunu belirtilen katılımcı görüşüne göre, değer temelli sağlık hizmetleri hasta memnuniyetinin ölçülmesine olanak tanıyan verimliliğin artırılması, hizmetlerin en uygun maliyetle sürdürülebilir bir şekilde sağlanmasıdır. Bu açıdan bakıldığında Donebedian'ın da kaliteyi belirlemek için sahip olunması gereken özelliklerinden biri optimalliktir. Yani

maliyetler ve fayda arasında en iyi dengenin oluşturulması gerekliliğidir (Şahin, 1999, ss. 17–18).

Değer temelli sağlık hizmetlerin maliyet-koruyucu sağlık hizmetleri ilişkisi olduğunu belirten diğer katılımcılar, değer temelli sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliği çabası bulunduğunu, etkinliğini sağlamasında hekimlerin büyük rol oynadığını ve hastaların koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi gerektiğinden bahsetmişlerdir. Bu sayede maliyet ile koruyucu sağlık hizmetleri arasında ilişkinin sağlanmasının bir değer temelli sağlık hizmeti olduğunu ifade etmişlerdir.

Değer temelli sağlık hizmeti ile tasarruf modelleri tasarlayan kuruluşlar, bir toplumun veya bölgenin tüm bireyleri için sağlığı geliştirmek adına, sağlık alanlarındaki halk sağlığı programlarını desteklenmesi gerektiğini düşünmektedirler. Daha genel olarak, kronik hastalığı, yaralanmayı ve buna bağlı nedensel risk faktörlerini azaltmak için bölgesel ve tüm toplum düzeyinde halk sağlığı eylem planlarının uygulanmasına destek sağlamak için yatırımlar yapılabileceği belirtilmektedir (Petersen ve diğerleri, 2016, s. 259). Değer temelli sağlık hizmetlerinin, mevcut ve gelecekteki sağlık sorunlarının çözülmesinde koruyucu sağlık hizmetleri ile beraber etkili olacağı da ifade edilmektedir (Vilhelmsson, 2017, s. 1).

2. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Hasta, Kurum ve Sağlık Personeline Ait Değerin Oluşturulmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu kısmında, değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta, kurum ve sağlık personeline ait değer nasıl oluşturulabileceğine dair katılımcıların verdiği cevaplara ilişkin bulguların değerlendirilmesine yer verilmiştir. Bu bölümde hasta, kurum ve sağlık personelinde kast edilen sağlık hizmeti için gayret gösteren veya gayret göstermesi beklenen gruplardır. Bunun neticesinde değer oluşturulmasına ilişkin görüşler “hasta açısından değer”, “kurum açısından değer” ve “sağlık personeli açısından değer” olmak üzere üç başlıkta sınıflandırılmıştır.

Yapılan analiz neticesinde değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta açısından değer oluşturulabilmesi için gerekenlere ilişkin katılımcıların görüşleri değerlendirilmiştir.

Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta açısından değer oluşturulabilmesi için önemli olduğu düşünülen konular “sağlık okuryazarlığı”, “hizmet güvencesi”, “iletişim”, “bakım süresi” ve “uygun bakım koşulları ve konfor” olmak üzere beş başlık altında ele alınarak analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre katılımcıların büyük çoğunluğuna göre sağlık okuryazarlığı ve iletişim konuları hasta açısından değer yaratmada öne çıkan başlıklardır. Sağlık okuryazarlığının sağlanması veya artırılması ile hastalara kendi sağlıklarıyla ilgili hasta bilincinin kazandırılacağı belirtilmiştir. Bunun değer temelli sağlık hizmetlerinde hastalara değer katacağı, bu değer onların kendi sağlıkları ile ilgili konularda bilinçli bir seçim yapma düzeyini beraberinde getireceği ve internet kaynaklı bilgi kirliliğinin de önüne geçilebileceği ifade edilmiştir. Ayrıca katılımcılara göre sağlık okuryazarlığının sağlanması ile hastaların aldıkları hizmeti sorgular hale gelmesi, sağlık hizmetlerindeki şikâyet kanallarının daha etkili bir şekilde çözüm odaklı kullanılmasına olanak tanıyacaktır.

Sağlık okuryazarlığını, sağlık sistemleri, bireylerin eğitim düzeyleri, sosyal ve kültürel faktörler potansiyel olarak etkilemektedir. Bu faktörlerin sağlık sonuçlarına ve maliyetlerine katkıda bulunabileceğini öne sürülmektedir (Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004, s. 4). Dolayısıyla bu çerçevede değer temelli sağlık hizmetlerine geçişte ya da geçiş sonrası başarı sağlanmasında hasta açısından değer anlaşılması, oluşturulması ve değerlendirilmesi için hastaların sağlık okuryazarlığına sahip olması son derece önemlidir. Bu bilginin sağlık sistemi içerisine kazandırılması yani belirli bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahip hastaların sisteme dâhil edilmesi önemli bir değerdir.

İletişim konusunda, hastaların aldıkları hizmet esnasında, sağlık hizmet sunucuları ile karşılıklı etkili bir iletişimin kurulmasının, bu iletişim sürecinde hastaların aldıkları bakım ile ilgili gerekli tüm açıklamaların yapılmasının, iyileşme süreci dâhil olmak üzere tüm alanlarda etkili olacağı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Hasta ve sağlık personeli arasında kurulacak olan etkili iletişimin hastaların sağlık davranışları üzerinde olumlu etkisinin olacağı ifade edilmiştir. Çünkü etkili bir iletişim sayesinde hasta kendini ve sağlık sorununu ifade edebilecek ve alacağı bakımla ilgili bilgileri anlayabilecektir. İletişim kanallarının iyi bir şekilde kullanılmasının değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta açısından değer katacağıdır. Alan yazında bu anlamda değer temelli

sağlık hizmetlerin hasta ve sağlık personeli arasında sağlanacak etkili iletişim ile hasta bakımına değer yaratılabileceği düşünülmektedir (Slawomirski, Auraen ve Klazinga, 2017, s. 59).

Hastalara sunulan bakımın süresinin yetersiz olduğunu düşünen katılımcılar, hastanın sağlık problemi ile ilgili kendini ifade edebilmesi, varsa önceki hastalıklarını ve nedenlerini anlatabilmesi, aynı şekilde hekimin de hastaya uygulayacağı tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerini açıklayabilmesi için yeterli bir süre olması gerektiğinden bahsetmişlerdir. Yeterli bir bakım süresinin sağlanmasının hasta açısından değer yaratılacağı ifade edilmiştir. Katılımcılar diğer bir başlık olan hizmet güvencesinin de hastaya değer yaratmada etkili olduğunu belirterek, hastalara yetersiz veya olması gerekenden fazla hizmet sunma durumunun olmadığını güvencesinin verilmesinin bahsetmişlerdir. Ayrıca hastaların kuruma girişinden çıkışına kadar olan sürede uygun bakım koşullarının tamamının sağlanmasının hastaya değer katacağı araştırma sonucundan elde edilen diğer bir bulgudur.

Değer temelli sağlık hizmetlerinde kurum açısından değer oluşturulabilmesi için önemli olduğu düşünülen konular “güven”, “hizmet sunumu” ve “farklılaşma” olmak üzere üç başlık altında ele alınarak analiz edilmiştir.

Kurum açısından nasıl değer yaratılacağı konusunda katılımcılar, hastaya maddi kazanç sağlama aracı olarak bakılmaksızın, aldıkları hizmet ile ilgili güven kültürünün oluşturulmasının kuruma hasta bağlılığı sağlayacağını ve kurum için bir değer oluşturacağını ifade etmişlerdir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, değer temelli sağlık hizmeti ile değer iyileştirme çabalarında bulunmalarının etkili hizmet sunumu sağlayan, hastalara daha fazla güven veren tanı ve tedavi yaklaşımlarını geliştirebileceği düşünülmektedir (Yong ve diğerleri, 2010, s. 217).

Ayrıca hem hasta hem de sağlık personeli açısından bakıldığında, hizmet sunumu esnasında, işlemlerin hızlı bir şekilde halledilmesi, belirsizliği ve memnuniyetsizliği ortadan kaldıracaktır. Farklılaşma alanlarının oluşturulmasının da kurumların hastalar tarafından tercih edilebilirliğini arttıracığı bu sayede de sağlık hizmeti açısından hastalar tarafından tercih edilen konumda olan kurumların kendi bünyelerine değer katacağı düşünülmektedir.

Sağlık personeli açısından değerin oluşturulabilmesi için katılımcı görüşlerine dayanılarak “motivasyon ve takdir”, “maaş-ücretlendirme”, “sağlık personeli sayısı” ve “malpraktis (hekim hatası)” olmak üzere dört başlık ele alınarak analiz edilmiştir. Motivasyon-takdir ve maaş-ücretlendirme konusunda kurum tarafından takdir edilen, yaptığı işle ilgili motivasyonu sağlanan tüm sağlık personellerine, maddi imkânlar ve ödenekler dâhilinde eşit olarak bir ücretlendirme yapılmasının değeri getireceği vurgulanmıştır.

Sağlık personellerinin sayısı konusunda, kurumda hizmet vermesi gereken hasta sayısının üstünde daha fazla hasta sayısına hizmet vermeye çalışmasından dolayı, sağlık personeline düşen yükün arttığı ifade edilmiştir. Bu durumun giderilmesinin sağlık personellerinin hizmetine de yansıtacağı ve bu anlamda çalışanların mesleki tatmin duyacağı hizmetler sunabilecektir. Bunun hem kendisine hem sisteme değer yaratacağı düşünülmektedir. Değer temelli sağlık hizmetlerinin etkili bir bakım koordinasyonuna dayanmasından dolayı modelin benimsenmesi ve tam olarak işlemesi için kurumlarda yeterli sağlık personeli sayısının sağlanması önemlidir (Terrell, 2018, s. 4).

Tıp hukukunun temel konularından biri; hekimin uyguladığı tedavide hata yapması halinde ortaya çıkan malpraktis (hekim hatası) ve tıbbın içerdiği risk çerçevesinde doğan kötü/istenmeyen sonuçlar olan komplikasyon ayrımıdır. Bu konuda ortaya çıkan sorun neyin malpraktis neyin komplikasyon sayılacağı ve bu ayrımının nasıl yapılacağıdır. Çünkü sağlık personelleri, komplikasyonlar nedeniyle tedavi sonucundan sorumlu tutulmazken, malpraktis nedenli durumlarda tedavi sonucundan sorumlu tutulmaktadır (Hakeri, 2014, s. 23; Koç, 2014, s. 14).

Araştırma sonucunda da malpraktis (hekim hatası) konusunda komplikasyon ve malpraktis ayrımının yapılmamasının, hekimin sağlık hizmetinde verdiği kararları etkileyerek kimi zaman onları kısıtladığı belirtilmiş, bu ayrımın yapılması ile sağlık personelleri açısından değerin yaratılacağı sonucuna ulaşılmıştır. Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine (IOM)), tıbbi hatalar sonucunda her yıl 44.000 ila 98.000 hastanın hayatını kaybettiğini bildirmiştir. Bu sayı değer temelli sağlık hizmetinin gerekliliğini vurgular niteliktedir (Maio ve diğerleri, 2003, s. 1).

3. Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerekliliğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmada değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerekli olup olmadığını incelemek adına sorulan soru sonucunda katılımcı görüşlerine ilişkin bulgular “hizmet kalitesi ve sürdürülebilirliği” ve “maliyet kontrolü” olmak üzere iki temada birleştirilerek değerlendirilmiştir.

Sağlık sistemindeki hizmeti değer temelli sağlık hizmetine geçiş açısından değerlendiren katılımcılar, hizmet kalitesi ve sürdürülebilirliği ile ilgili, “hizmet sunumunun kalitesi”, “hasta yoğunluğu” ve “standardizasyon” konularında görüşlerini bildirmişlerdir.

Katılımcılar, değer temelli sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunun, doğru yerde, doğru zamanda ve doğru kişi ile sağlanmasının önemini, yapılan hataların geri dönüşü olmaması veya dönüşü varsa bile yapılacak işlem sayısının artmasının kuruma daha fazla zarar vermesi olarak açıklamışlardır. Bu anlamda kaliteli hizmet sunumunda önemli olan hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların sağlık hizmetinden beklentileri doğrultusunda daha etkili hizmet sunulmasıdır (Ercan, Ediz ve Kan, 2004, s. 161). Ayrıca sağlık hizmetlerindeki hasta yoğunluğunun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilediği belirtilerek, hastaların basamak olarak uygun sağlık hizmeti alanlarına yönlendirilmesi ve hasta bilincinin sağlanması için değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin bu süreci hızlandıracak olması nedeniyle bir ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Standardizasyonun, doğru yerde, doğru zamanda ve doğru kişi tarafından hizmet sunumunun sağlanması ve maliyet seviyesinin en uygun düzeye çekilmesi, hasta sağlığını korumak için gerekli olduğu katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Aynı şekilde değer temelli hizmetlere geçişin bu standardizasyonu sağlaması açısından gerekli olduğu ifade edilmiştir.

Standardizasyon, hasta merkezli sonuç ölçümlerinin uygulanmasını sağlar. Bu ölçümlerin sonucu olarak hastaneler, sağlık personellerinin bakım kalitesini iyileştirmek adına daha fazla çaba sağlayacaktır. Dolayısıyla standardizasyonun değer temelli geri

ödeme modellerine geçişte kullanılması kurumlar için önemli bir değer kazanımı sağlayacağı düşünülmektedir (Kolarczyk ve diğerleri, 2017, s. 7).

Etkin bir maliyet kontrolü için de değer temelli sağlık hizmetine geçişin gerektiğini ifade eden katılımcılara göre ise, gerek kurumların kaynak kullanımının takibi gerekse ihtiyaç duyulmayan tetkik istemi gibi alanlarında kontrolünün sağlanması ile geçişin sağlık hizmetlerine fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu maliyet kontrolü ile beraber sağlık için ayrılan mali kaynakların ne ölçüde yerinde ve uygun dağıtıldığının anlaşılacağı ve bundan toplum sağlığının olumlu yönde etkileneceği sonucuna ulaşılmıştır.

4. Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunum Sisteminin Sağlanmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcılara yöneltilen “Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemi sizce nasıl sağlanabilir?” sorusuna verilmiş olan cevaplar bu kısımda değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular “katılım”, “ölçülebilirlik”, “denetim”, “sevk zinciri”, “fiziksel koşullar” ve “yeni sistemlerin denenmesi” olmak üzere altı temada birleştirilmiştir.

Katılım başlığı altında değer temelli sağlık hizmetlerinin sağlanmasını değerlendiren katılımcılar, “hasta katılımı”, “personel katılımı” ve “geri bildirim” ile ilgili konularda görüşlerini bildirmişlerdir.

Hasta katılımı konusunda görüşlerini belirten katılımcılara göre değer temelli sağlık hizmeti sağlanmak isteniyorsa, hastaların kendi sağlık bakımlarına katılmalarının sağlanması gerekmektedir. Elde edilen bulgulara göre hastaların kendi sağlık bakımları üzerinde tek karar verici ne kendileri olmalı ne de tüm sağlık bakımının karar yükü sağlık personellerine bırakılmalıdır. Hastanın sağlığı ile ilgili aldığı hizmeti sorgulayarak, anlamadığı yerde hekimine sorarak, aynı zamanda başka hekimlerin görüşlerinden destek alarak, saygı çerçevesinde kendi bakımları ile ilgili sürece katılım göstermeleri gerektiği ifade edilmiştir. Değer temelli sağlık hizmeti hastayla başlamakta ve bakımı geliştirmek için hasta odaklı sonuçları kullanmaktadır. Hasta ile başlayan bu yaklaşımda hasta yakınlarının da yardımıyla bakımı, hastanın yararına olacak bir yönde değiştirmenin hasta katılımı ile mümkün olacağı düşünülmektedir (Kapitein, 2017, s.

41). Hastaların kalite ve güvenlik konularına dâhil olmaları, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hizmetle ilgili karar alma süreçlerini kolaylaştırabilir ve sağlık personeli davranışlarında olumlu değişikliklere yol açabilir (Maio ve diğerleri, 2003, s. 4).

Kurumlarda çalışan personellerin fikir, görüş, istek ve değerlendirmelerine önem verilmesi gerektiğini belirten bazı katılımcılara göre, en küçük bir değişiklik için bile ortamda çalışan personelden fikir alınarak sürece katılımının sağlanması önemlidir. Aksi takdirde değişim sürecinde aksamalar meydana geleceği vurgulanmıştır. Değer temelli sağlık hizmetinin sağlanması isteniyorsa, çalışma alanlarını iyi tanıyan, deneyimi olan veya o alanla ilgili bir fikir ortaya koyan tüm personel dinlenmeli, sunulan tüm fikirler değerlendirilmeli ve bu anlamda personel katılımı sağlanmalıdır.

Geribildirim konusunda, hasta katılımı ve personel katılımı da dâhil olmak üzere sistem adına gelen geribildirimlerin değer temelli sağlık hizmetinin sağlanmasında önemli rol oynayacağı elde edilen diğer bir sonuçtur. Değer temelli sağlık hizmetinde, kapsamlı bir klinik yönetim ve performans raporlama sisteminin bir parçası olan sağlık hizmet sunucularına yapılan geri bildirim, önemli olduğu düşünülmektedir (Slawomirski ve diğerleri, 2017, s. 59)

Sadece sayısal verilerle değil, hizmetin kalitesi ile beraber verimliliğinde ölçülmesi gerektiği belirtilmiştir. Ölçümün, yeterli ve gerekli esnekliğe sahip olacak şekilde, sistemin veya kurumun her alanda yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Kalite sürekli devam eden bir gelişim sürecidir. Bu nedenle sağlık hizmet sunumunda değer temelli satın alma ile belirli bir performans seviyesinde sistemde iyileşmeler olup olmadığını ölçülmesi, sistemin başarısı için önemlidir (Damberg ve diğerleri, 2014, s. 175).

Denetim konusu ile ilgili, sistemin bazı ölçüm alanlarına sahip olduğu ancak bu ölçümlerden gelen verilerin yeterli bir şekilde denetiminin yapılmadığı bir başka görüştür. Ayrıca etkili bir sevk zinciri sisteminin getirilmesi gerektiği ve kurumların kuruluşlarından itibaren fiziksel koşulları sağlamak adına çalışmalar yapması gerektiği belirtilmiştir. Ama tüm bunlar yapılırken, eski sistem yerine getirilecek yeni sistemle ilgi uygulamaların iyi ve kötü yanlarının incelenerek, en iyiyi elde edene kadar bir pilot uygulama yapılması ve sonuçların analiz edilmesi gerektiği, değer temelli sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sağlanması için ifade edilen diğer bir sonuçtur.

5. Sağlık Hizmeti Sunumunu Değer Temelli Sağlık Hizmeti Sunumuna Dönüştürmedeki Düzenleme Alanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu aşamasında “Hangi alanlardaki düzenlemelerle değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabilir?” sorusuna katılımcılar tarafından verilmiş olan yanıtlar analiz edilmiş ve bu yanıtlar “eğitim” ve “maliyet” olmak üzere iki temada irdelenmiştir.

Eğitim ile ilgili düzenleme alanları arasında; “personel eğitimi” ve “nitelikli personel” konuları yer almaktadır. Katılımcı görüşlerine göre eğitim yaşamın her alanında olan bir konudur. Sağlık hizmetleri açısından bakılırsa, hem kaliteyi geliştirmek hem de hizmette yaşanabilecek en ufak sorunların bile önüne geçebilmek için hizmet içi eğitimler, yapılan düzenleme ve değişikliklerle ilgili eğitimler de dâhil olmak üzere tüm alanlarda eğitime önem verilmelidir. Ayrıca değer temelli sağlık hizmetlerinde istenilen kalitenin yakalanması ve standartlaştırılması, eğitime ilişkin düzenlemelerle etkili olacağı ifade edilmiştir.

Alan yazında sağlık çalışanları eğitimlerle, sağlık hizmetlerindeki yenilikleri ve gerçekleşen değişimleri takip edebilecek, bu yenilikler ve değişimler sonucunda meydana gelen uygulamaları kendi hizmet sunumuna transfer edebilecektir. Bu sayede gerekli yetenek ve becerilerle donatılan personeller, hem verdikleri sağlık hizmetinin kalitesini arttıracak hem de mevcut kalitelerinin sürdürülmesine yardım edecektir. Etkili, verimli ve hatasız sağlık hizmeti sunma yönünde eğitim çalışmaları ile arttırılan yetkinlikler sağlık çalışanlarını hizmet sunumunda olumlu yönde destekleyecektir (Altındış ve Ergin, 2018, s. 160).

Sağlık hizmet sunucuların iş yükleri ve çeşitleri doğrultusunda, niteliklerinin, sorumlulukların belirlenmesi ve tüm personele buna uygun olarak düzenlenen eğitimler verilmesi, değer temelli sağlık hizmetlerinin gereksinimlerinden bir kısmının karşılanacağı belirtilmektedir (Terrell, 2018, s. 4). Değer temelli sağlık hizmeti sağlama adına sağlık hizmetlerinin, kaliteye, sonuçlara ve maliyete odaklanması için, hekimler,

hastaneler, sağlık sistemleri ve uygulamaların eğitim ve gelişime odaklanması gerekmektedir (Chazal, Casale ve Martin, 2016, s. 1699).

Maliyet ile ilgili dzenleme alanları arasında; “yatırım”, “gereksiz hizmet kullanımı” ve “kaynak kullanımı” konuları yer almaktadır. Yatırım konusunda, sağlık kurumların yatırım yapmalarının gerekli olduğu kadar, yatırım yapılan alanların etkin kullanılmasının gerekli olduğu ifade edilmiştir. Değer temelli sağlık hizmeti sunumu için maliyet alanında etkinliğin sağlanması gerektiği, özellikle tıbbi cihaz kirliliği alanına dikkat çekilerek hasta için yüksek kaliteli müdahalelerinin tanınmasını, hasta güvenliği uygulamaları ve önlemleri gibi çeşitli yaklaşımların araştırılması gerektiği elde edilen diğer bir sonuçtur.

Değer temelli sağlık hizmetlerinde bakımla ilgili olabilecek herhangi bir zararı azaltmaya yönelik müdahalelerin yanı sıra, sistem ve organizasyon düzeyinde girişimlerin maliyetlerini ve etkilerini araştırmaya yönelik daha fazla yatırımın, dünya genelinde bir değer olan hasta güvenliğini arttırmada büyük önem taşıyacağı düşünülmektedir (Slawomirski ve diğerleri, 2017, s. 46).

lke olarak gereksiz hizmet kullanımının fazla olduğunu belirten katılımcılar, değer temelli sağlık hizmeti ile bu alanda yapılacak olan yeni dzenlemelerle (sevkler, yatış süreleri gibi) birçok alanda mali açıdan değer temelli sağlık dönüşümde önemli avantaj sağlayacağı belirtilmiştir. Aynı zamanda kaynak kullanımı konusunda etkili üzümlerin sağlanabilmesi için, değer temelli sağlık hizmetlerinde hastalarında bu alandaki dzenlemelere destek olması gerektiği vurgulanmıştır.

6. Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Bileşenlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen bulgular “liderlik” ve “teknoloji” olmak üzere iki tema şeklinde sınıflandırılmıştır.

Katılımcılar, değer temelli sağlık hizmetlerinin olmazsa olmaz temel bileşenlerinden biri olan liderlik ve onun niteliklerinden bahsetmişlerdir. Ayrıca katılımcılar, kurumların her ne kadar donanımlı personele sahip olsa da, onlara iyi bir şekilde liderlik

edecek kişilerin bulunmamasının önemli bir eksiklik olduğundan bahsetmişlerdir. Bu anlamda, katılımcılar tarafından değer temelli sağlık hizmetinin başarılı ve etkin uygulanabilmesi için liderler; kurumda en alt birimden en üst birime kadar birçok alanda deneyim ve bilgi birikimine sahip olan, girdi ve çıktılarını değerlendirebilen aynı zamanda sorgulayabilen, aksaklıkların ve eksikliklerin analizini yaparak değer yaratmada çözüm odaklı düşünebilen kişiler olarak ifade edilmiştir.

Değer temelli sağlık hizmetlerinde eşit, risk azaltıcı, uyumlu bir teşvik modeline geçme sürecinin başlatılması önemlidir. Bu süreç, hangi hedefin nasıl sonuçlanacağını tahmin etmeyi, güçlü bir pazar oluşturmayı, hedef nüfusu tanımayı ve klinik veri sağlamada başarılı olmayı gerektirmektedir. Bu açıdan mali olarak neyin gerekli olduğunu gösterebilecek verilerle, ileriye yönelik uygun finansal senaryoların ve tasarrufların nasıl üretilebileceğini gösteren, fırsat analizini içeren konularda bilgili liderlerin olması, değer temelli bir sağlık hizmetinin sağlanması için gerekli görülmektedir (Gerhardt ve diğerleri, 2015, s. 12).

Sağlık hizmetlerinde teknoloji ile gelen birçok uygulamanın hem maliyet hem de kalite açısından sağladığı fayda; gereksiz tetkiklerin azaltılması, aynı özellikli ilaçların tekrar yazılmaması, bakımda hatanın minimuma indirilmesi gibi çeşitli örneklerle açıklanmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda değer temelli sağlık hizmetinin bir bileşeni olan teknolojinin etkin olarak kullanılmasının, sağlık hizmetlerine değer katacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Değer temelli sağlık hizmetinde teknoloji, bakımın koordinasyonunu geliştirmek, hastalar için bilgilerin erişilebilirliğini artırmak, hastaların kendi sağlık ve sağlık bakımlarını yönetme konusundaki katılımını güçlendirmek ve diğer işlevlerin yanı sıra sağlık hizmeti sunanlarla olan iletişimi güçlendirmek için kullanılır (The Health Care Transformation Task Force, 2016, s. 15). Kurumların, teknolojinin kullanımıyla ilişkili riskleri ve zorlukları göz önünde bulundurarak değer temelli sağlık hizmetlerinin benimsenmemesine neden olan başlıca faktörleri azaltacak kapsamlı bir strateji geliştirmeleri ve teknoloji ile değer temelli sağlık hizmeti sağlamanın faydalarını ortaya koymaları gerekmektedir (Meinert ve diğerleri, 2018, s. 1).

7. Değer Temelli Sağlık Hizmetine Geçişin Gerçekleşme Durumuna Dair Katılımcı Görüşlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin gerçekleşme durumuna ilişkin görüşlerinin değerlendirmeleri yapılmıştır. Bunlar “kaynaklar” ve “sağlık sistemi” olmak üzere iki temada birleştirilmiştir.

Kaynaklar başlığı altında değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin gerçekleşme durumunu değerlendiren katılımcıların görüşleri, “yeterli kaynaklara sahip olunması” ve “yeterli kaynaklara sahip olunmaması” konuları olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin gerçekleşme durumunda yeterli kaynaklara sahip olduğu belirten katılımcılar Türkiye ile diğer ülkeleri karşılaştırarak geçmiş yıllara göre kaynak açısından iyi bir konumda olduğumuzu belirtmişlerdir. Hizmete ulaşma ve hizmetten faydalanma alanında ülkemizde diğer ülkelerde olamayan birçok sağlık hizmetinin kaliteli şekilde verildiğini, kurum, araç-gereç, cihaz, personel sayısı olarak yeterli olduğumuzu sadece bunları etkili kullanmada bir takım eksikliklerin olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin gerçekleşme durumunda yeterli kaynaklara sahip olunmadığını belirten diğer katılımcılar ise özellikle hekim olmak üzere sağlık personeli sayısının yetersiz olmasını, hizmetlerde tüm tıbbi birimler ve cihazlar açısından geniş erişimin sağlanamamasını, yeterli bir idari ve politika mekanizmasının oluşturulamamasını bu duruma neden olarak göstermişlerdir.

Sağlık sistemi başlığı altında değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin gerçekleşme durumunu değerlendiren katılımcıların görüşleri, “sağlık sisteminin hazır olması” ve “sağlık sisteminin hazır olmaması” konuları olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Sağlık sisteminin bu geçişe hazır veya hazır olma aşamasında olduğunu düşünen katılımcılar, değer temelli sağlık hizmeti için bakım standartlarının yerine getirildiğini veya getirilmesi için çalışmaların yapıldığını, kurumlardaki tüm birimlerinin entegre bir şekilde bu alana yoğunlaştığını, resmi olarak olmasa da fiili olarak değer temelli sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmeye çalışıldığını belirtmiştir. Sağlık hizmetleri sunumunda her gün yeniliklerle karşılaşılması nedeniyle iyileşmelerin ve gelişmelerin

sürekli devam etmesi gerektiği, değer temelli sağlık hizmeti de bu bağlamda değerlendirilmesi gerektiği elde edilen diğer bir sonuçtur.

Değer temelli sağlık hizmetlerine geçişin gerçekleşme durumuna ilişkin başka bir görüş ise sağlık sistemlerinin hazır olmadığı yönündedir. Hazır olmamasının sebebi olarak; eğitim, verimlilik, yeterli personel istihdamı gibi eksikliklerin hala bir sorun olduğu ve bu eksikliklerin kısa vadede düzeltilemeyeceği gösterilmiştir. Çözüm olarak sistemi inceleyen, olumlu veya olumsuz eleştirilerde bulunan kişilerin, sistem eksikliklerinin giderilmesi adına çalışmalar yapması gerektiğini öne sürülmüştür. Ancak gelecekte bu ve benzer alanlardaki iyileştirmelerin sağlanması ile değer temelli sağlık hizmetine geçiş sağlanabileceğine ilişkin görüşler elde edilen başka bir sonuçtur.

ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık hizmetleri için yeni bir yaklaşım olan değer temelli sağlık hizmetleri konusunun irdelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgulara ilişkin getirilebilecek öneriler şunlardır:

- Değer temelli sağlık hizmetinin anlaşılması, geliştirilmesi ve bu alanda çalışmalar yapılabilmesi için değer temelli sağlık hizmetlerinin ne olduğuna dair tanımlamalar ortak bir paydada buluşturulmalıdır.
- Değer temelli sağlık hizmetlerinde en uygun maliyetle en yüksek kalitede sağlık hizmeti elde edilmeye çalışırken, maliyet ve kalite arasındaki dengenin sağlanmasına da dikkat edilmelidir.
- Değer temelli sağlık hizmetlerinde hastalar açısından değer yaratabilmek için gerek hasta bilinçlendirme çalışmalarının gerekse sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile hastaların aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili bilgi düzeyleri artırılması ve hastaların bakım süreçlerine dâhil edilmesi sağlanmalıdır.
- Değer temelli sağlık hizmetlerinde sağlık personeli açısından değer yaratılması için gerekli maddi ve manevi teşviklerin yanında, sunulan sağlık hizmetindeki malpraktis ve komplikasyon ayrımı yapılmalıdır. Bununda bakım kararlarında çekinceleri ortadan kaldıracığı ve hizmete daha fazla değer katacağı düşünülmektedir.

- Değer temelli sağlık hizmetlerinde sunulan sağlık hizmetinin hem kalitesini arttırmak hem de kurumdaki tüm personellerinin kendi alanlarında yeterliliklerini geliştirerek kuruma değer katmalarını sağlamak için hizmet içi ve hizmet dışı eğitimlere önem verilmelidir.
- Ölçülebilir ve denetlenebilir bir sağlık sisteminin her bir alana yayılması ile gereksiz hizmet kullanımının önüne geçilmeli, etkin kaynak kullanımı ve maliyet kontrolü sağlanmalıdır.
- Değer yaratabilmek adına hastalara ayrılan bakımın süresi konusunda; hastanın sağlık problemini anlatabilmesine, tanı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilginin verilmesine, sağlıklı olma halinin devam ettirilebilmek adına neler yapması gerektiğine dair bilgilerin açıklanabileceği yeterli bir bakım süresi sağlanmalıdır.
- Hastalıkları olmadan önce engelleyebilmek, hasta yoğunluğunu ve sağlık personeli sayısının yetersizliğini azaltmak, yeterli bakım süresini oluşturmak ve kaynakların etkin kullanımını sağlamak için koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmelidir. Bu nedenle de değer temelli sağlık hizmetlerinde bu alana daha fazla odaklanılmalıdır.
- Değer temelli sağlık hizmetinin benimsenmesi sağlayan, bu anlayışın tüm kuruma yayılması ve kurumun sahip olduğu değerleri koruyarak gelişiminin sürdürülebilirliği için alanında deneyimli, bakım koordinasyonunu etkin bir şekilde sağlanmasına yardımcı olabilecek ve ekip ruhu ile hareket eden liderler olmalıdır.
- Değer temelli sağlık hizmetlerinde kalite ve maliyet etkinliğinin sağlanması ve sürdürülebilmesi için teknolojik gelişmeler takip edilmeli ve bu alanda yapılacak olan yatırımlara önem verilmelidir.
- Mevcut sağlık hizmet sisteminden değer temelli sağlık hizmetine geçişte, sistemi kullanacak olan tüm paydaşlar açısından gerekli analizler yapılmalı, sistemin güçlü ve zayıf yönleri incelenerek, yaratacağı fırsat ve tehditler saptanmalıdır. Bunlar yapılırken de toplum nüfusunun sahip olduğu sosyo-demografik özellikler dikkate alınmalı, önceki sağlık sistemleri ile gelecek olan sağlık sistemi karşılaştırılmalı, tüm bunlar neticesinde değişimin gerekli olduğu alanlar belirlenmeli ve geçiş gerçekleştirilmelidir.

İleride yapılacak olan çalışmalara yönelik ise aşağıda bir takım önerilere yer verilmiştir:

- Değer temelli sağlık hizmeti sistemi ile ilgili sağlık hizmetindeki tüm paydaşların bilgilendirilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Hasta, sağlık personeli ve kurum açısından sağlık hizmetinin değerinin nasıl arttırılabileceğine yönelik detaylı çalışmalar yapılabilir.
- Değer temelli sağlık hizmetine geçişin etkili bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak adına mevcut sistem ve gelecek olan bu sistemin karşılaştırılarak fayda ve zararlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Bu çalışma nitel araştırma yöntemi ve ulaşılan belirli katılımcı sayısı ile gerçekleştirilmiştir. Bu alanda yapılacak olan daha sonraki çalışmalarda katılımcı sayısının arttırılması, nicel araştırma yöntemlerinden de yararlanılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Altunışık, R. (2015). *Hizmet Pazarlaması ve Stratejileri* (1. bs.). İstanbul: Beta Yayınları.
- Barlı, Ö. (2010). *Davranış Bilimleri ve Örgütlerde Davranış* (4. bs.). Erzurum: Aktif Yayınevi.
- Bohlman, L. N., Panzer, A. M. ve Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. The National Academies Press.
- Büyükkılıç, D. (2004). *Kâr Amacı Gütmeyen Örgütlerde Verimlilik*. Ankara: Milli Prodüktive Merkezi.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç, E. Ç., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (21. bs.). Ankara: Pegem Akademi.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi* (3. bs.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cirhinlioğlu, Z. (2010). *Sağlık Sosyolojisi* (2. bs.). Ankara: Nobel Yayınları.
- Creswell, J. W. (2017). *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*. (M. Sözbilir, Ed.) (1. bs.). Ankara: Pegem Akademi.
- Erturgut, R. (2012). *Toplam Kalite Yönetimi ve Liderlik* (1. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güler, A., Halıcıoğlu, M. B. ve Taşgın, S. (2015). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma* (2. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Health Quality Ontario. (2013). *Measurement for Quality Improvement*. Health Quality Ontario. Toronto: Queen's Printer for Ontario.
- Horngren, C. T., Foster, G. ve Datar, S. (1999). *Cost Accounting: A Managerial Emphasis* (10. bs.). London: Prentice Hall International.
- Kurtuluş, K. (2010). *Araştırma Yöntemleri* (1. bs.). İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Merriam, S. B. ve Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative Research : A Guide to Design and Implementation* (4. bs.). John Wiley & Sons.
- Miller, H. D. (2007). *Incentives For Excellence: Rebuilding The Healthcare Payment System From The Ground Up*. ROOTS. Pittsburgh, PA: Jewish Healthcare Foundation.

- Neuman, W. L. (2014). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. (S. Özge, Ed.) (7. bs.). Ankara: Yayın Odası.
- Porter, M. E. ve Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business Press.
- Sönmez, V. ve Alacapınar, F. G. (2016). *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (4. bs.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Spath, P. (2009). *Introduction To Healthcare Quality Management*. Health Administration Press and AUPHA Press.
- şahin, Ü. (1999). *Hastane İşletmeciliğinde Kalite*. Eskişehir.
- Yıldırım, A. ve şimşek, H. (2016). *Nitel Araştırma Yöntemleri* (10. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yong, P. L., Olsen, L. ve McGinnis, J. M. (2010). *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press.

Sürekli Yayınlar

- Addario, B. J., Fadich, A., Fox, J., Krebs, L., Maskens, D., Oliver, K., ... Turnham, T. (2018). Patient Value: Perspectives From The Advocacy Community. *Health Expectations*, 21, 57–63. doi:10.1111/hex.12628
- Altındış, S. ve Ergin, A. (2018). Kalite Bağlamında Sağlık Personeli Eğitimi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(1), 157–169.
- Arslan, A. (2002). Kamu Harcamalarında Verimlilik, Etkinlik ve Denetim. *Maliye Dergisi*, 140(2), 1–14.
- Askash, K., Sheikholeslami, N. ve Bozic, K. J. (2018). Value-based Healthcare: Applying Time-driven Activity-based Costing in Orthopaedics. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 476(12), 2318–2321. doi:10.1097/01.blo.0000534683.24250.9c
- Baumhauer, J. F. ve Bozic, K. J. (2016). Value-based Healthcare: Patient-reported Outcomes in Clinical Decision Making. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 474(6), 1375–1378. doi:10.1007/s11999-016-4813-4
- Beveridge, R. ve Meredith, W. (2018). Five Healthcare Leadership Needs Fueled by Value-Based Care. *Managed Healthcare Executive*, 28(9).
- Block, D. J. (2016). Health Care Sustainability: Managing Natural Resources In Value-Based Care. *Physician Leadership Journal*, 3(3), 18–21.
- Bonde, M., Bossen, C. ve Danholt, P. (2018). Translating Value-Based Health Care: An Experiment Into Healthcare Governance And Dialogical Accountability. *Sociology of Health and Illness*, 40(7), 1113–1126.
- Brown, G. C., Brown, M. M. ve Kertes, P. (2008). Value-Based Medicine, Cost-Utility Analysis Recent Value Measures And Cost-Utilities. *Evidence-Based Ophthalmology*, 9(3), 203–209.
- Caron, M. A. (2017). Value-based care is here to stay. *Health Management Technology*, 38(4), 19.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Kavramı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 21–34.
- Chazal, R. A., Casale, P. N. ve Martin, G. R. (2016). Preparing for a Value-Based Health Care System. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(15), 1698–1700. doi:10.1016/j.jacc.2016.08.027
- Chee, T. T., Ryan, A. M., Wasfy, J. H. ve Borden, W. B. (2016). Current State of Value-Based Purchasing Programs. *Health Policy and Cardiovascular Medicine*, 133(22), 2197–2205. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.010268

- Conrad, D., Grembowski, D., Gibbons, C., Marcus-Smith, M., Hernandez, S. E., Chang, J., ... dela Cruz, E. (2013). A Report On Eight Early- Stage State And Regional Projects Testing Value- Based Payment. *Health Affairs*, 32(5), 998–1006.
- Damberg, C. L., Sorbero, M. E., Lovejoy, S. L., Martsolf, G. R., Raaen, L. ve Mandel, D. (2014). Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs: Findings From an Environmental Scan, Literature Review, And Expert Panel Discussions. *RAND Corporation*, 4(3). doi:10.1214/07-EJS057
- Decker, P., Mitchell, J. ve Rabat-Torki, J. (2016). The Value of Employees In A Value-Based Care System. *Healthcare Financial Management*, 70(3), 62–66.
- Deniz, M. H. ve Hobikoğlu, E. H. (2011). Türkiye ' de " Değere Bağlı Sağlık Sistemi " Temelinde Kamu ve Özel Sektör Açısından Algılanan Hizmet Kalitesi. *International Conference on Eurasian Economies*, 160–166.
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 1–16.
- Ebbevi, D., Forsberg, H. H., Essén, A. ve Ernestam, S. (2016). Value-Based Health Care for Chronic Care: Aligning Outcomes Measurement with the Patient Perspective. *Quality Management in Health Care*, 25(4), 203–212. doi:10.1097/qmh.000000000000115
- Elf, M., Flink, M., Nilsson, M., Tistad, M., Von Koch, L. ve Ytterberg, C. (2017). The case of value-based healthcare for people living with complex long-term conditions. *BMC Health Services Research*, 17, 1–6. doi:10.1186/s12913-016-1957-6
- Ercan, İ., Ediz, B. ve Kan, İ. (2004). Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 161–167.
- Eroğlu, E. ve Atasoy, M. C. (2006). Veri Zarflama Analizi İle Etkinlik Ölçümü ve Etkin Karar Birimlerinin Duyarlılık Analizi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 33(2), 73–89.
- Fakkert, M., Eenennaam, F. van ve Wiersma, V. (2017). Five Reasons Why Value-Based Healthcare is Beneficial. *ICU Management & Practice*, 17(2), 115–117.
- Gerhardt, W., Korenda, L., Morris, D. M. ve Vadnerkar, G. (2015). The road to value-based care: Your mileage may vary. *Deloitte Center for Health Solutions*, 1–24.
- Gordon, R., Chang, C. ve Burrill, S. (2018). Volume to Value-Based care: Physicians are willing to manage cost but lack data and tools. *Deloitte 2018 Survey of US Physicians*, 1–16.

- Graber, D. R. ve Kilpatrick, A. O. (2008). Establishing Values-Based Leadership And Value Systems In Healthcare Organizations. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(2), 179–197.
- Hakeri, H. (2014). Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. *Toraks Cerrahisi Bulteni*, 5(1), 23–28. doi:10.5152/tcb.2014.003
- Hegwer, L. R. (2017). Focusing Your Strategies Amid Uncertainty. *The Future of Healthcare Finance*, 11–16.
- Henkel, R. J. ve Maryland, P. A. (2015). The Risks and Rewards of Value-Based Reimbursement. *Frontiers of health services management*, 32(2), 3–16.
- İmirlioğlu, İ. (2012). Türkiye Sanayi Stratejisi ve Alt Sektör Stratejileri. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 24(279), 19.
- Jensen, D. ve Ward, E. (2016). Adapting the Revenue Cycle for Value-Based Purchasing. *Healthcare Financial Management*, 80–84.
- Jha, A. K. (2017). Value-based purchasing: Time for Reboot or Time to Move On? *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 317(11), 1107–1108. doi:10.1001/jama.2017.1170
- Johnson, T. (2017). A Pediatrician’s Perspective: Value-Based Care, Consumerism, and the Practice of Pediatrics: A Glimpse of the Future. *Pediatrics*, 139, 145–146. doi:10.1542/peds.2016-2786I
- Kapitein, P. (2017). Does More Value Naturally Lead to Better Care? *Health Management Journal*, 17(1), 41–43.
- Koç, S. (2014). Adli Tıbbi Açından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. *Toraks Cerrahisi Bulteni*, 5(1), 14–22. doi:10.5152/tcb.2014.002
- Kolarczyk, L. M., Arora, H., Manning, M. W., Zvara, D. A. ve Isaak, R. S. (2017). Defining Value-Based Care In Cardiac and Vascular Anesthesiology: The Past, Present, and Future Of Perioperative Cardiovascular Care. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 1–10. doi:10.1053/j.jvca.2017.09.043
- Koury, C., Iannaccone, L., Strunk, A., Udelson, A., Boaz, A., Cianci, C., ... Keale, M. (2014). The Accountable Care Organization Summit: A White Paper on Findings, Outcomes, and Challenges. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 92(2), 44–57. doi:10.1080/00185868.2014.906839
- Kuhn, B. ve Lehn, C. (2015). Value-Based Reimbursement: The Banner Health Network Experience. *Frontiers of health services management*, 32(2), 17–31. doi:10.1097/01974520-201510000-00003
- Lee, W.-I. (2010). The Development of a Qualitative Dynamic Attribute Value Model for Healthcare Institutes. *Iranian Journal Of Public Health*, 39(4), 15–25. doi:10.1145/1878431.1878442

- Liu, T. C., Bozic, K. J. ve Teisberg, E. O. (2017). Value-based Healthcare: Person-centered Measurement: Focusing on the Three C's. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 475(2), 315–317. doi:10.1007/s11999-016-5205-5
- MacLean, C. (2017). Value-based purchasing for osteoarthritis and total knee arthroplasty: What role for patient-reported outcomes? *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 25(1), S55–S59. doi:10.5435/JAAOS-D-16-00638
- Maio, V., Goldfarb, N. I. ., Carter, C. ve Nash, D. B. . (2003). Value Based Purchasing: A Review of the Literature. *The Commonwealth Fund*.
- Mazur, S. ve Ellis, D. (2014). Right people, right time: Prehospital and Retrieval Medicine. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 26(5), 423–425. doi:10.1111/1742-6723.12289
- McCarthy, C. P. ve Pansey, A. (2018). Predicting and Preventing Hospital Readmissions in Value-Based Programs. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(10), 1–3.
- Meinert, E., Alturkistani, A., Brindley, D., Knight, P., Wells, G. ve de Pennington, N. (2018). Weighing benefits and risks in aspects of security, privacy and adoption of technology in a value-based healthcare system. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(100), 1–4. doi:10.1186/s12911-018-0700-0
- Miller, H. D. (2009). From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care. *Health Affairs*, 28(5), 1418–1428. doi:10.1377/hlthaff.28.5.1418
- Mkanta, W. N., Katta, M., Basireddy, K., English, G. ve Mejia de Grubb, M. C. (2016). Theoretical and Methodological Issues in Research Related to Value- Based Approaches in Healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 61(6), 402–418. doi:10.1097/00115514-201611000-00005
- Mofidi, R., Wong, P., Gatenby, T. ve Milburn, S. (2016). Value based healthcare and delivery of vascular surgery services in the United Kingdom. *Reviews in Vascular Medicine*, 6, 1–9. doi:10.1016/j.rvm.2016.06.001
- Morris, C. ve Bailey, K. (2014). Measuring Health Care Quality: An Overview of Quality Measures. *Health System Improvement*, 1–16. doi:10.1157/13102270
- Öncel, A. ve Şimşek, S. (2011). Türkiye’de Bölgelerarası Kaynak Kullanım Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi Yönetimiyle Ölçülmesi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (37), 87–119.
- Pan, J. (2017). Messy But Fair: The ACA’s Hospital Value-Based Purchasing Program and the Notice-and-Comment Process. *Journal of Legal Medicine*, 37(3–4), 325–369. doi:10.1080/01947648.2017.1385038

- Pessaux, P. ve Cherkaoui, Z. (2018). Value-Based Healthcare: A Novel Approach To The Evaluation Of Patient Care. *HepatoBiliary Surgery and Nutrition*, 7(2), 125–126. doi:10.21037/hbsn.2017.12.11
- Petersen, R., Rushing, J., Nelson, S. ve Rhyne, S. (2016). Improving Population Health by Incorporating Chronic Disease and Injury Prevention Into Value-Based Care Models. *North Carolina Medical Journal*, 77(4), 257–260. doi:10.18043/nmc.77.4.257
- Pişkinsüt, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 9(59), 90–92.
- Porter, M. E. ve Thomas H. Lee. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*.
- Shatalebi, B. ve Yarmohammadian, M. H. (2011). Value based leadership paradigm. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15, 3703–3707. doi:10.1016/j.sbspro.2011.04.359
- Slawomirski, L., Auraaen, A. ve Klazinga, N. (2017). *The Economics of Patient Safety: Strengthening A Value-Based Approach To Reducing Patient Harm at National Level*. OECD. Paris. doi:10.1038/415269a
- Sorrel, A. L. (2015). Your Guide to Medicare Value-Based Care. *Texas Medicine*, 111(4), 26–34.
- Stein, R. W. (2003). Doing right on governance: the core of corporate governance is the development of a risk-sensitive culture that enables the right people to do the right thing at the right time. *Best's Review*, 103(12), 85.
- Tanenbaum, S. J. (2016). What Is the Value of Value-Based Purchasing? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(5), 1033–1045. doi:10.1215/03616878-3632254
- Tengilimoğlu, D. ve Toygar, Ş. A. (2013). Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(1), 50–78.
- Terrell, G. (2018). Preparing Your Practice for Value- Based Care. *American Medical Association*, 1–15.
- Trautman, D. E. (2011). Healthcare Reform: 1 Year Later. *Nursing Management*, 26–31.
- Vilhelmsson, A. (2017). Value-Based Health Care Delivery, Preventive Medicine and the Medicalization of Public Health. *Cureus*, 9(3), 10–13. doi:10.7759/cureus.1063
- Walker, D. M., Hefner, J. L., Sova, L. N., Hilligoss, B., Song, P. H. ve McAlearney, A. S. (2017). Implementing Accountable Care Organizations. *Journal of Healthcare Management*, 62(6), 419–431. doi:10.1097/JHM-D-16-00021

- Wegner, S. E. (2016). Measuring Value in Health Care: The Times, They Are A Changin'. *North Carolina Medical Journal*, 77(4), 276–278. doi:10.18043/ncm.77.4.276
- Winegar, A. L., Moxham, J., Erlinger, T. P. ve Bozic, K. J. (2018). Value-based Healthcare: Measuring What Matters-Engaging Surgeons to Make Measures Meaningful and Improve Clinical Practice. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 476(9), 1704–1706. doi:10.1111/febs.14438
- Yükçü, S. ve Atağan, G. (2009). Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 1–13.
- Zangerle, C. M., Harris, D. A., Rimmasch, H. ve Randazzo, G. (2016). From Volume-to Value-Based Care: Leading Population Health Initiatives. *Nurse Leader*, 14(5), 318–322. doi:10.1016/j.mnl.2016.06.003
- Zywiell, M. G., Liu, T. C. ve Bozic, K. J. (2017). Value-Based Healthcare: The Challenge of Identifying and Addressing Low-value Interventions. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 475(5), 1305–1308. doi:10.1007/s11999-017-5298-5

Diğer Yayınlar

- AHRQ. (2011). Types of Health Care Quality Measures. *Agency for Healthcare Research & Quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html> (17 Ocak 2019).
- AHRQ. (2018). Six Domains of Health Care Quality. *Agency for Healthcare Research & Quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html> (11 Mart 2019).
- AF4Q. (2013). How Employers Can Improve Value and Quality in Health Care. *Robert Wood Johnson Foundation*. <http://www.rwjf.org/qualityequality/af4q>. (4 Mart 2019).
- BCG. (2019). Value-Based Health Care. *Boston Consulting Group*. <https://www.bcg.com/industries/health-care-payers-providers/center-health-care-value/value-based-health-care.aspx> (4 Mart 2019).
- Burton, T. (2016). Why Process Measures Are Often More Important Than Outcome Measures in Healthcare. *Health Catalyst*. <https://www.healthcatalyst.com/insights/process-vs-outcome-measures-healthcare> (17 Ocak 2019).
- Calsyn, M. ve Lee, E. O. (2012). Alternatives to Fee-for-Service Payments in Health Care. *Center for American Progress*. <https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2012/09/18/38320/alternatives-to-fee-for-service-payments-in-health-care/> (27 Ocak 2019).
- Charles, A. (2018). Accountable Care Explained. *The King's Fund*. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/accountable-care-explained> (12 Mayıs 2018).
- CHQPR. (2015). The Payment Reform Glossary: Definitions and Explanations of the Terminology Used to Describe Methods of Paying for Healthcare Services. *Center for Healthcare Quality and Payment Reform*. <https://www.healthit.gov/sites/default/files/playbook/pdf/payment-reform-glossary.pdf> (2 Mayıs 2019)
- CMS. (2018). Accountable Care Organizations (ACOs). *Center for Medicare & Medicaid Innovation*. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/> (4 Mart 2018).
- CMS. (2018a). Accountable Care Organizations (ACOs): General Information. *Center for Medicare & Medicaid Innovation*. <https://innovation.cms.gov/initiatives/ACO/> (12 Mayıs 2018).
- CMS. (2019). Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information. *Center for Medicare & Medicaid Innovation*. <https://innovation.cms.gov/initiatives/bundled-payments/> (2 Mayıs 2019).

- Damberg, C. L., Sorbero, M. E., Lovejoy, S. L., Martsolf, G., Raaen, L. ve Mandel, D. (2014a). *Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs: Summary and Recommendations*. ABD: RAND Corporation.
- DCHS. (2017). Deloitte 2017 Survey Of US Health System Ceos: Moving Forward In An Uncertain Environment. *Deloitte Center for Health Solutions*. <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/health-system-ceos.html> (23 Ocak 2019).
- Friedeman, J. (2018). 3 Ways Value-Based Healthcare is Improving Patient Relationships. *Evariant*. <https://www.evariant.com/blog/3-ways-value-based-healthcare-improves-patient-relationships/> (5 Mart 2019).
- Hodgin, S. (2019). Value-based Care vs Fee-for-Service. *TXCIN*. <http://www.insight-txcin.org/post/value-based-care-vs-fee-for-service> (27 Ocak 2019).
- LaPointe, J. (2016). What Is Value-Based Care, What It Means for Providers? *Revcycle Intelligence*. <https://revcycleintelligence.com/features/what-is-value-based-care-what-it-means-for-providers> (5 Mart 2019).
- MABGH. (2018). Value Based Purchasing: A Definition. *The MidAtlantic Business Group on Health*. <http://www.mabgh.org/files/VBPDefinition.pdf> (19 Mart 2019).
- Ness, D., Lansky, D., Gilfillan, R., Soistman, F. ve Cohen, J. (2016). How Person-Centered Is Your Health Care Organization? *Health Affairs*. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20160830.056139/full/> (9 Mart 2019).
- NHS. (2018). A model for measuring quality care. *The National Health Service*. <https://improvement.nhs.uk/documents/2135/measuring-quality-care-model.pdf> (26 Nisan 2018).
- Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. (2016). *2016 Yılı En Çok Verilen İsimler*. <https://www.nvi.gov.tr/hizmetlerimiz/istatistikler/isim-istatistikleri> (1 Nisan 2019).
- Porter, M. E. (2014). Value-Based Health Care Delivery. *Partners Healthcare , Value Based Health Care Seminar* içinde . Harvard Business School.
- Pottharst, R. (2018). Personas of Leadership in Value-Based Care. *NEJM Catalyst*. <https://catalyst.nejm.org/leadership-personas-value-based-care/> (2 Mayıs 2019).
- Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2018). Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge. Ankara: Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.
- The Health Care Transformation Task Force. (2016). *Addressing Consumer Priorities in Value-Based Care*. Health Care Transformation Task Force.

<https://www.healthit.gov/sites/default/files/playbook/pdf/payment-reform-glossary.pdf> (9 Mart 2019).

Valence Health. (2013). Models of Value-Based Reimbursement: A Valence Health Primer. *Valence Health*, 1–8. <https://www.evolenthealth.com/valence-health> (23 Ocak 2019).

Yorulmaz, M. (2015). Türkiye’deki Sağlık Yönetiminin Mevcut Durumu Ve Geleceğine Dair Nitel Bir Çalışma. *Doktora Tezi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.



EKLER

Ek 1: Görüşme Formu

“HACİMDEN DEĞERE: DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ” KONULU YÜKSEK LİSANS TEZİ GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Konusu

Hacimden Değere: Değer Temelli Sağlık Hizmeti

Kurum:

Tarih ve Saat:

Görüşmeci:

Değerli katılımcı

“Hacimden Değere: Değer Temelli Sağlık Hizmeti” başlıklı yüksek lisans tezi için görüş ve beklentilerinizin öğrenilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık harcamalarını azaltılmasına ve bakım kalitesinin geliştirilmesine yardımcı olmak adına, çalışanlar ve politikacılar geri ödemeler için hizmete dayalı ödeme yöntemlerinden, değere dayalı ödeme yöntemine, yani geri ödemeleri sunulan hizmetlerin hacmi yerine değere bağlayan yöntemlere yönelmektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetleri için yeni bir yaklaşım olan değer temelli sağlık hizmetleri konusunun irdelenmesi ve katılımcıların görüş ve tutumlarını analiz edilmesi amaçlanmıştır. Soruları açıklık ve içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önem arz etmektedir. Yanıtlarınız sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Çalışmaya ayırdığınız zaman ve vermiş olduğunuz katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Görüşme Soruları:

1. Kendinizi tanıtabilir misiniz?
2. Değer temelli sağlık hizmeti sizin için ne ifade ediyor?
3. Değer temelli sağlık hizmetlerinde hasta, kurum ve sağlık personeline ait değer sizce nasıl oluşturulabilir?
4. Değer temelli sağlık hizmetine geçiş sizce gerekli mi, neden?
5. Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemi sizce nasıl sağlanabilir?
6. Hangi alanlardaki düzenlemelerle değer temelli sağlık hizmeti sunumuna dönüşüm sağlanabilir?
7. Değer temelli sağlık hizmetinin bileşenlerinin değer temelli sağlık hizmeti dönüşümünde nasıl değerlendirirsiniz?
8. Değer temelli sağlık hizmetine geçiş sizce gerçekleşebilir mi, neden?

Ek 2: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/03/2019-E.3278



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.99/
Konu : 10/17 Aysun ERGİN

Sayın Aysun ERGİN

İlgi : Aysun ERGİN 26/02/2019 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 06.03.2019 tarihli ve 10 sayılı toplantısında alınan "17" nolu karar örneği ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

17. Aysun ERGİN'in "Hacimden Değere: Değer Temelli Sağlık Hizmeti" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Aysun ERGİN'in "Hacimden Değere: Değer Temelli Sağlık Hizmeti" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEKR4T0DC>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Aysun Ergin 1994 Bolu doğumlu olup, ilkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Bolu’da tamamladı. 2012 yılında başladığı Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Lisans Programından 2016 yılında mezun oldu. 2016 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına başladı.

Aysun Ergin’in “Kalite Bağlamında Sağlık Personeli Eğitimi” başlıklı bir makale yayını bulunmaktadır.

