**SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS ÖLÇÜMÜNÜN GELİŞİMİ VE**

**ÇOK BOYUTLU ÖLÇÜM YAKLAŞIMLARI**

**Songül ÇINAROĞLU[[1]](#footnote-1)**

**Bayram ŞAHİN[[2]](#footnote-2)**

***ÖZET***

*Geçmişte genellikle yönetimde istenilmeyen durumların ortaya çıkması sonucunda yapılan gözden geçirme faaliyetlerinden oluşan performans ölçümü günümüzde işletmelerin sürekli gelişme hedefleri doğrultusunda stratejik planların vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Sağlık kuruluşları aynı anda maliyet, hizmet ve hasta bakımında etkinliğin sağlanmasına odaklanmış olan son derece karmaşık örgütlerdir. Bu örgütler son yıllarda hem daha fazla rekabetçi hale geldikleri hem de teknoloji ve kalite yönetimine önem verdikleri için finansal başarıyı yakalamak ve yaşamlarını devam ettirmek için performans ölçmeye ve geliştirmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Bu çalışmada sağlıkta performans ölçüm sistemlerinin gelişimi ve çok boyutlu performans ölçümü modelleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda sağlık yöneticilerine performans ölçümü ve ölçüm sistemlerinin anlaşılması ve etkili biçimde kullanımı konusunda önerilerde bulunulmuştur.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sağlık Kuruluşları, Performans Ölçümü, Örgütsel Performans, Performans Sistemleri.*

**DEVELOPMENT OF PERFORMANCE MEASUREMENT IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS AND MULTIDIMENSIONAL MESUREMENT APPROACHES**

***ABSTRACT***

*Performance management, which was considered as revision activities in the past as a result of occurrence of undesired situations in management, has become an indispensable part in strategic planning of the organizations in the direction of their continuous improvement goals. Health care organizations are extremely complex organizations which focus on providing efficiency in cost, service and patient care as well. Recently, as these organizations become more competitive and pay more importance on technology and quality management, they need to measure and develop their performance to achieve financial success and sustainability. In this study, the development of performance measurement systems in health care and multi-dimensional performance measurement models have been investigated. At the end of study, suggestions have been made to health care managers in understanding and effectively using performance measurement and measurement systems.*

***Keywords:*** *Health Care Organizations, Performance Measurement, Organizational Performance, Performance Systems.*

**1.GİRİŞ**

Günümüzde sağlık hizmetleri yöneticilerinin karşılaştıkları başlıca sorunlardan biri performans değerlendirmede hangi performans göstergelerinin dikkate alması gerektiğinin bilinmemesidir (Puersem ve diğ., 1995:34). Sağlık kuruluşları gittikçe artan rekabet ortamında başarılı olmak ve yaşamlarını sürdürmek zorunda oldukları için yöneticilerin hastaların onları neden tercih ettiklerini ve yönettikleri kurumun nasıl bir performans sergilediğini anlamaya ihtiyaçları vardır (Yavaş ve diğ., 2001: 104).

Performans ölçümünün temelleri Sanayi Devrimi’ne kadar uzanmakla birlikte zaman içerisinde performans ölçüm çalışmalarına sağlık sektöründe de yer verilmeye başlandığı görülmüştür. Hizmet sektörü içerisinde önemli bir yere sahip olan sağlık kuruluşlarını diğer örgüt türlerinden ayıran bir takım temel özellikler vardır; sağlıkta üretilen çıktının ölçülmesinin son derece güç olması, profesyonellik derecesinin yüksek olması, iş süreçlerinin karmaşık olması, profesyonel gruplar arasında karşılıklı bağlılığın fazla olması, sunulan hizmetin hedefinin insan hayatı olması nedeniyle yapılan işin toleransa imkân tanımaması, hekimlerin klinik otonomi düzeylerinin fazla olması, birçok sağlık kuruluşunun ikili bir yönetim tarzına sahip olması ve koordinasyon sorunu yaşanması ve sağlık kuruluşlarının içinde bulundukları politik, yasal ve finansal çevrenin karmaşık ve farklı alt sistemler arasında koordinasyon gerektiriyor olması bunlar arasında sayılabilir (Fottler, 1987: 369).

Görüldüğü gibi sağlık kuruluşları pek çok yönü itibariyle diğer kuruluşlardan farklılık göstermektedir (Li ve Benton, 1996:450). Sağlık hizmetleri bugün birçok modern toplum tarafından bir kamu hizmeti olarak ele alınmakta ve tüm toplum kesimleri sağlık kuruluşlarının daha etkin olması için uğraşmakta, sağlık hizmetleri sunumunun etkinlik, etkililik ve kalitesinin artırılması için çaba gösterilmektedir (Puersem ve diğ., 1995:61). Bu farklılık sağlık kuruluşlarının daha iyi yönetilebilmesi için performans ölçümünde dikkate alınacak performans ölçütlerinin neler olduğu noktasında da kendisini göstermekte, sağlıkta performans ölçütleri o kurumu yönetenlerin değer ve beklentileri ölçüsünde değişiklik gösterebilmektedir. Bu değer ve beklentiler ise farklı sağlık kuruluşlarında farklı olabilmektedir (Li ve Benton, 1996: 450).

Bu çalışmada örgütsel düzeyde performans ölçümünün gelişim sürecinden bahsedilerek, sağlıkta performans ölçümünün anlamı ve önemine değinilmiş, sağlık kurumlarında performans ölçümünün küresel ölçekte performans ölçüm trendlerine uygun olarak nasıl bir gelişim sürecinden geçtiği incelenmiştir.

**2. SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN PERFORMANSIN ANLAMI VE TEMEL KAVRAMLAR**

**2.1. Sağlıkta Performansın Anlamı ve Temel Kavramlar**

Her hizmet sunucu, tüketici ve ödeyici sağlık hizmetleri performansını kendi deneyimleri, ilgisi ve yorumuna bağlı olarak tanımlamaktadır. Örneğin bir hasta için performans kriteri hizmet kalitesi, doktor için arzulanan klinik sonuçlara ulaşım, bir hastane için finansal kapasitenin sağlamlığı ve bir ödeme kurumu için düşük maliyetli bakım ve müşteri memnuniyetidir. Görüldüğü gibi performansın bu tanımları büyük ölçüde birbirinden bağımsızdır. Anahtar değerler ve beklentiler sağlık kuruluşları arasında da birbirinden farklılık göstermektedir (Li ve Benton, 1996). Bu nedenlerle de sağlıkta performans ölçümü ve performans ölçüm aracı geliştirmek son derece zor bir konudur. Eddy (1998)’e göre sağlıkta performans ölçüm araçlarının uzun yıllardır geliştirilemiyor olmasının nedeni yeterince çaba gösterilemiyor olması değil, performans ölçümünün zor olmasıdır.

Sağlıkta performansı tanımlamaya yardımcı kavramların neler oldukları incelendiğinde, bu konu ile ilgili olarak, Flood ve diğ. (1997) etkenlik (efficacy), etkililik (effectiveness), uygunluk (appropriateness), verimlilik (productivity) ve etkinlik (efficiency) faktörlerinin tümünün sağlık hizmetlerinin sunumunda performansı tanımlamaya yardımcı olacak faktörler olduklarını belirtmişlerdir. Bu terimler, genellikle tanımlanamayan, bazen birbirinin yerine kullanılan, ancak gelecekteki hedeflerimize ulaşmak için tanımlanması son derece önem taşıyan ve genellikle sunulan hizmetin fayda sağlama potansiyelini ifade etmekte kullanılan terimlerdir. Bunlardan etkenlik (efficacy); sağlık hizmetinin ideal koşullar altında istenen etkileri yaratma yeteneğine işaret etmektedir. Uygunluk (appropriateness); doğru hastaya doğru zamanda etkili tedavi uygulanıp uygulanmadığını göstermektedir. Etkililik (effectiveness);ise hizmetin hem etkili hem de uygun olduğunu varsayarak kalitesini doğrulamayı içermektedir.

Fottler (1987)’e göre hastaneler üzerinde yapılan çalışmalarda ağırlıklı olarak etkililik ve etkinlik kavramlarının üzerinde durulmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde etkililiğin; müşteri memnuniyeti, hizmet kalitesi gibi boyutları içerdiği görülmüştür. Kaplan ve Norton (1992) bu boyutları müşteri ve işletme içi perspektifi gibi farklı açılardan incelemiştir. Bir hizmetin etkililiği onun genel sonuçları ve etkilerine işaret etmektedir. Sağlık kapsamında etkililik, sağlıkta erişilen iyileşmelerin derecesine işaret etmektedir ve hastalıkların önlendiği vakalar, kurtarılan yaşam süreleri gibi ulaşılan çok sayıda sonuç ile ölçülebilmektedir. Etkinlik ise kaynak kullanımı ve maliyetlerin azaltılmasıdır. Bu terimler tanımlarında da görüldüğü gibi belirli bir tedavinin değerlendirilmesi ya da birtakım hizmetler ya da bunları sunanların hizmet sunum kabiliyetlerine işaret etmektedir. Verimlilik ise Çıktı/ Girdi şeklinde ifade edilen bir kavram olup birim girdi başına elde edilen çıktıları göstermektedir.

**2.2. Sağlık Kuruluşları İçin Performans Ölçümünün Geleneksel Çerçevesi**

Sağlık sektöründe 1900’lerin başına kadar yalnızca kalite ile ilgili ölçütler kullanılmıştır (Adair ve diğ., 2003: 2). Sağlık kurumlarında performans ölçümü konusunun herkes tarafından kabul edilmesinde en önemli adım Donabedian (1966, 1980)’ın bakım kalitesini ‘yapı, süreç ve sonuç’ olarak kavramlaştırmasıyla atılmıştır. Sağlıkta performans ölçütleri ve göstergeleri bu üç unsurun her biri açısından ve bakımın dört türü açısından tanımlanmaktadır. Bunlar; müşteri/klinik düzey, hizmet/program, sistem ve nüfus seviyesidir.

Daha sonra Fottler (1987: 373), Donabedian (1966) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveyi biraz daha geliştirmiştir ve sağlık kuruluşlarında örgütsel performans konulu araştırmalar için bir model oluşturmuştur. Bu modelde Donabedian (1966)’ın geliştirdiği yapı, süreç ve sonuç ölçütlerine dış ve iç paydaşlar ile dış çevre faktörleri de dâhil edilmiştir. Buna göre dış çevrede giderek artan hükümet baskıları, rekabet artışı ve kurumsallaşma düzeyinin artışı etkili olurken bir taraftan da dış ve iç paydaşların birtakım beklentileri ve baskıları ile dış çevreden gelen ekonomik ve politik destek ortamı etkili olmaktadır. Tüm bu dış çevre unsurları sağlık kuruluşunun yapı, süreç ve sonuçlar ile ilgili kararı üzerinde etkili olmaktadır.

Fottler (1987: 375) aynı araştırmada hastaneleri maliyet etkililik, klinik kalite, hasta memnuniyeti ve finansal sonuçlar bakımından karşılaştıran araştırmaları incelemiş ve bu araştırmalar içerisinde sağlık kuruluşlarını maliyet etkililik bakımından karşılaştıran araştırmaların en fazla sayıda olduğunu, ikinci sırada klinik kalitenin bulunduğunu, bunu finansal sonuçlar konulu araştırmaların izlediğini ve en az ele alınan konunun ise hasta memnuniyeti olduğunu belirtmiştir.

Aşağıdaki şekilde (Şekil 1) Fottler (1987: 373) tarafından oluşturulan bu model daha detaylı olarak incelendiğinde; yapıyı oluşturan faktörler arasında, örgütün yapısal ve temel karakteristik özelliklerinin (örneğin belirli bir sağlık sistemine bağlı olması gibi) yer aldığı, süreç ile ilgili faktörlerin; planlama, katılım, iletişim süreçleri, insan kaynakları ve kontrol ile ilgili süreçleri kapsadığı, sonuç ile ilgili başlıklar arasında ise etkinliğin ve etkililiğin bulunduğu görülmektedir. Bu modele göre etkinlik başlığı altında; verimlilik ve maliyet etkinlik yer alırken, etkililik başlığı altında; klinik kalite, hasta memnuniyeti, çalışan tutum ve davranışları, sürdürülebilirlik ve finansal sonuçlar yer almaktadır. Sağlık kuruluşlarının içinde yer aldıkları tüm bu süreçte yapı, süreç ve sonuç ölçütlerini çevreleyen diğer önemli unsurlar ise iç ve dış paydaşlardır. Dış ve iç paydaşların beklentileri ve sağladıkları destek ortamı hem sonuç ölçütleri üzerinde hem de yapı ve süreç ölçütleri üzerinde etkili olan bir faktördür. Fottler (1987) tarafından geliştirilen bu model son derece kapsamlı olması ve sağlık kuruluşlarında örgütsel performansın anlaşılması için genel bir çerçeve çizmesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **DIŞ ÇEVRE** | | | | **Dış Çevre Faktörleri** | **Dış Çevredeki Paydaşlar** | | | 1. Artan hükümet düzenlemeleri 2. Artan rekabet 3. Kurumsallaşma düzeyinin artışı | Beklenti ve baskılar | Ekonomik ve politik destek |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | | **Sonuç Faktörleri** | | **Etkinlik**   1. Verimlilik 2. Maliyet etkinlik   **Etkililik**   1. Klinik kalite 2. Hasta memnuniyeti 3. Çalışan tutum ve davranışları 4. Sürdürülebilirlik 5. Finansal sonuçlar | |  |  | | --- | | **Süreç Faktörleri** | | 1. Planlama süreci 2. Katılım süreci 3. İletişim ve koordinasyon süreci 4. İnsan kaynakları süreci 5. Kontrol süreci |   **SAĞLIK KURULUŞU**  **Yapısal Faktörler**   1. Örgüt yapısı  |  |  | | --- | --- | | **İç Paydaşlar** | | | Beklenti ve baskılar | Adanmışlık ve destek |  1. Örgütün karakteristik özelliği   (Ör. Bir sağlık sistemine bağlı  olma durumu) | |

**Şekil 1. Sağlık Kuruluşlarında Mevcut ve Gelecekteki Örgütsel Performansın Belirlenmesi İçin Bir Kavramsal Çerçeve**

***Kaynak:*** *Fottler M.D. (1987) ‘Health care Organizational Performance: Present and Future Research, Journal of Management, 13(2), s.373.*

Etkinlik ve etkililik boyutlarına ön plana çıkaran araştırmacılar arasında bulunan Van Puersem ve diğ. (1995: 43) performans ölçümüne Donabedian (1980) ve Lewis ve Modle (1982) gibi bakım hizmetlerinin kalitesi ile ilgili göstergeleri de dâhil etmişlerdir. Şekil 2’de görüldüğü gibi söz konusu modelde başlıca ekonomik kaynaklar olarak sağlık ile ilgili girdiler, sağlık hizmetleri yönetimi, çıktı, sonuçlar, sağlık bakım hizmetleri süreci, sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin yapısal özelliklerinin oluşturduğu hizmet kalitesi yer almakta ve kullanılan ölçüm yöntemleri ve göstergeler sırasız niteliksel göstergeler (nominal), sıralı niteliksel göstergeler (ordinal) ve oransal göstergeler olabilmektedir. Araştırmacılar bu modelin en önemli özelliğinin hem ülke genelinde sağlık kuruluşlarının performansının ölçümünde hem de bireysel olarak herhangi bir hastanenin performansının ölçümünde son derece kullanışlı bir model olduğunu belirtmişlerdir.

|  |
| --- |
| **Ekonomi Etkinlik Etkililik**  Oransal Göstergeler  Sıralı Niteliksel Göstergeler (Ordinal)  Sırasız Niteliksel Göstergeler (Nominal)  Bakım Kalitesi  Bakım Kalitesi  Sonuçlar  Çıktılar  Sağlık Hizmetleri  Yönetimi  Tüketilen Kaynaklar:  Girdiler |

**Şekil 2. Sağlıkta Performans Ölçümünün Genel Çerçevesi**

***Kaynak:*** *Van Puersem ve diğ. (1995) 'Health Management Performance A Review of Measures and Indicators', Accounting, Auditing & Accountability Journal, 8(5), s.43.*

**2.3. Sağlıkta Kuruluşlarında Kapasite ve Kaynak Temelli Performans Ölçümü**

Sağlıkta performans ölçümü konusu ile ilgilenen bazı araştırmacılar kapasite ve kaynak temelli yaklaşımlardan yararlanmayı tercih etmişler ve kapasite kullanım kararları ile ilgilenerek sağlık hizmetlerinin sunumu, ekipman ve insan kaynaklarının yönetimi üzerinde durmuşlardır. Bu konu ile ilgili olarak Smith-Daniels (1988) hem yatan hastalar hem de acil hizmetler üzerinde çeşitli araştırmalar yapmışlardır. Sağlık endüstrisinde hastane imkân ve olanaklarının kullanımı (facility acquisition) konusu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde bu çalışmaların odaklandıkları konunun daha çok hastanede ihtiyaç duyulan yatak sayısı ve ihtiyaç duyulan diğer kaynakların neler oldukları üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Hastanelerdehizmet yönetimi konulu araştırmaların büyük çoğunluğu yatak kullanım oranlarının maksimize edilmesi üzerinde durmaktadır. Bu araştırmalarda vurgulanan nokta hastane kapasite yönetimi konusunda alınan kararların maliyet ve kalite performansına nasıl yansıdığıdır. Ling (1996: 5-6) hastane kapasite yönetimini konu edindiği çalışmasında hizmet, işgücü, kullanılan malzeme ve teknolojinin hastane kapasite yönetimi konusunda alınan kararlar üzerinde etkili olduğunu belirtmiş, Smith-Daniels (1988) ise sağlıkta kapasite yönetiminin öncelikli olarak örgütün talep ve ihtiyaçlarına cevap verme yeteneği olarak dikkate alınabileceğini ifade etmiştir. Buna göre sağlık alanında kapasite yönetimi faaliyetler, ekipmanlar ve işgücü gibi anahtar kaynakların dağıtım kararları ile ilişkilidir.

Sonraki yıllarda yükselen hastane maliyetlerini kontrol altına alma çabaları; hastane kapasite yönetim kararlarını ve performansı etkili biçimde yönetmeye yönelik kararlar almayı gerektirmeye başlamıştır. Birçok çalışma, hastane hizmetlerini, işgücü ve teknoloji yönetimini modelleme girişiminde bulunmuş olsa da, bu çalışmaların hiçbiri ne değişen sağlık ortamında bu üç kapasite alanını birbiriyle bağlantılı olarak incelemiş ne de kapasite yönetim kararlarının hastane performansı üzerindeki etkisini yeterince araştırmışlardır. Bu eksikliği fark eden Ling (1996) hastanelerde kapasite kaynak yönetimine ilişkin Şekil 3'de görülen kavramsal modeli geliştirmiş ve hastanenin demografik özellikleri ve sunmuş olduğu hizmet ile ilgili faktörlerin kapasite kararları üzerindeki, kapasite kaynak yönetimi ile ilgili kararların ise hastane maliyet ve kalite performans kararları üzerindeki etkisini gösteren bir model oluşturmuştur.

|  |
| --- |
| Kapasite Kaynak Yönetimi   * Hizmet * İşgücü * Donanım/Ekipman   Hastane Faktörleri   * Hastane Demografik Değişkenleri * Hastane   Hizmet Karakteristikleri  Performans |

**Şekil 3. Hastane Kapasite Kaynak Yönetimi ve Performans-Bir Kavramsal Model**

***Kaynak:*** *Ling X. Li, ‘Capacity Resource Management and Performance in Hospitals’, A Dissertation, The Ohio State University, 1996, s.18.*

Diğer taraftan birçok araştırmacı sağlık kuruluşlarının performans ölçümünde doğru ölçütlerin belirlenmesi için doğru soruların sorulup sorulmadığını sorgulamışlardır. Bu araştırmacılara göre sunulan hizmetin büyüklüğü ve örgüt kültürü performans ölçümünde hangi soruların sorulması gerektiği konusunda belirleyici rol oynamaktadır (McKee ve diğ., 1997:189). Bu sorgulayıcı yaklaşımın bir sonucu olarak hastane performansının belirlenmesinde yalnızca ölüm oranlarına bakılması yaklaşımı eleştirilmiştir. Ölüm oranlarına bakılarak performans değerlendirmek konusunu tartışan araştırmacılar, riske göre ayarlanmış ölüm oranlarının kullanımının geleneksel ölüm oranlarının yerini alacağını belirtmişler (McKee ve diğ., 1997:188) ve riske göre ayarlanmış ölüm oranlarının kullanımını savunmuşlardır. Bunlar arasında bulunan DesHarnais ve diğ. (1990:1129) riske ayarlanmış üç orandan söz etmiştir. Bu indeksler; RAMI (risk adjusted mortality index- riske ayarlanmış ölüm oranı), RARI (risk adjusted readmission index- riske ayarlanmış yeniden yatış oranı) ve RACI (risk adjucted complication index- riske ayarlanmış komplikasyon oranı)’dır. Bunların en önemli özelliği zaman içerisinde değişmeyen, hastanelerin büyüklüğü, mülkiyeti, eğitim hastanesi olup olmama durumuna göre sapmalar göstermeyen bir özelliğe sahip olmalarıdır. Bu ayarlamalar yapılmadan örneğin, daha ‘zor’ vakaları tedavi eden hastaneler daha kötü sonuçlara ulaşmış görüntüsü vereceği için hastaneler arasında gerçekçi kıyaslamalar yapılamayabilecektir. Des Harnais ve diğ. (1990:1139) tarafından geliştirilen riske göre ayarlanmış bu sonuç ölçütleri, hastane performansındaki değişikliği gözlemlemekte ya da hastaneler arasında karşılaştırmalar yapmakta oldukça yararlıdırlar.

**2.4. Sağlıkta Performans Ölçütlerinin Sınıflandırılması**

Zaman içerisinde bazı araştırmacılar sağlıkta performans ölçümünün karmaşıklığı sorunu ile baş edebilmek için performans ölçütlerinin sınıflandırılması yoluna gitmişlerdir. Bunlar arasında bulunan Li ve Benton (1996:450) sağlık kuruluşları için performans değerlendirme ölçütlerini iç ve dış değerlendirme ölçütleri ve maliyet/finansal ve kalite performansı ile ilgili ölçütler olmak üzere iki başlık halinde ele almıştır.

Li ve Benton (1996:450) tarafından yapılan bu sınıflandırmaya göre Çizelge 1’'de görüldüğü gibi içsel mali/finansal performans ile ilgili ölçütler arasında, üretim etkinliği ve kullanım yer alırken, içsel süreçlerde kalite performansı ile ilgili ölçütler arasında, süreç kalitesi ve hizmet kalitesi yer almaktadır. Dışsal mali/finansal performans ile ilgili ölçütler arasında finansal durum ve pazar payı ile ilgili ölçütler yer alırken, dışsal kalite performansı ile ilgili ölçütler arasında, müşterilerin algıladıkları kalite ve müşteri memnuniyeti ile ilgili ölçütler yer almaktadır.

**Çizelge 1. Sağlık Kuruluşları İçin Performans Değerlendirme Ölçütlerinin Sınıflandırılması**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MALİ/FİNANSAL PERFORMANS** | **KALİTE PERFORMANSI** |
| **İÇSEL ÖLÇÜTLER** | Üretim etkinliği | Süreç kalitesi |
| Kullanım | Hizmet kalitesi |
| **DIŞSAL ÖLÇÜTLER** | Finansal durum | Müşterilerin algıladıkları kalite |
| Pazar payı | Müşteri memnuniyeti |

***Kaynak:*** *L.X.Li, W.C.Benton (1996), ‘Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions’, European Journal of Operational Research, 93 (1996), s. 450.*

Li ve Benton (1996)'a benzer bir gruplandırma yapan Anderson (1998:19) hastane performansı ile ilgili göstergeleri kullanım, klinik sonuçlar, hasta memnuniyeti, finansal sonuçlar, verimlilik, yapısal faktörler ve süreç ile ilgili faktörler olmak üzere sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırmanın diğerlerinden farkı performans ölçümünde maliyetler yanında çevresel ve örgütsel faktörlerinde de etkili olduğunun belirtilmiş olmasıdır.

Modern yönetim yaklaşımlarının gelişimi ile birlikte yönetimin karmaşıklık özelliğinin bir sonucu olarak gelişen sistem yaklaşımının sağlık hizmetleri yönetimi alanında başta operasyonel süreçler olmak üzere tüm yönetimsel süreçlere etki etmesi ile birlikte sağlığın yönetiminde sistem yaklaşımı kavramı kendini göstermiştir. Bu modelleme yönteminden yararlanan araştırmacılar arasında yer alan Wolstenholme (1999:256) İngiltere sağlık sisteminde hastaların çeşitli işlem süreçlerinde yaşadıkları sorunların çözümünde bu modelden yararlanmıştır. Santos (2002:1260) ise Wolstenholme (1999) tarafından geliştirilen bu modelden yola çıkarak performans ölçütleri ile ilgili bir karar ağacı geliştirmişlerdir. Santos (2002:1260)performans ağacında, sağlıkta performans ölçütleri ve performans boyutları ve bu boyutlar ile genel sağlık yönetim sistemi performansı arasındaki ilişkiler hakkında bilgilere yer vermiştir. Şekil 1.4'de görülen performans ölçütleri ağacında gösterilen performans boyutları arasında; kolay erişilebilirlik, etkinlik, hastaların deneyimleri ve sağlık sonuçları yer almaktadır.

|  |
| --- |
| Performans Ölçütleri  Performans Boyutları  Genel Performans  Hasta Kabul Oranı  Kolay Erişilebilirlik  Hastaların Deneyimleri  Yeniden Kabuller  Önlenebilir Ölümler  Tıbbi Nedenler Dışında Tedavisi İptal Edilen Hastalar  Bekleme Süreleri  Tedavi Süresi  Günlük Vaka Sayısı  Sağlık sonuçları  Bekleme Listesindeki Hastalar  Etkinlik |

**Şekil 4. Performans Ölçütleri Ağacı**

***Kaynak:*** *Santos S. P. Belton V. Howick S. (2002) ‘Adding Value To Performance Measurement By Using System Dynamics and Multicriteria Analysis’, International Journal of Operations & Production Management, 22 (11), s. 1260.*

**3. SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS ÖLÇÜMÜ KONUSUNDA KÜRESEL YAKLAŞIMLAR**

2000'li yıllara gelindiğinde sağlıkta performans ölçümü konusunda genel bir çerçeve çizilmesi ihtiyacına yanıt vermek üzere Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan raporda sağlık kuruluşlarında performans ölçümünün; düzenleyici kuruluşlar tarafından yapılan yasal denetimler, kamu otoriteleri tarafından yapılan anketler, bağımsız kuruluşlar tarafından yapılan değerlendirmeler ve istatistiksel göstergeler yoluyla olabileceği belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün bu raporunda sağlık kuruluşlarında performans ölçümü ve performans iyileştirme için yararlanılabilecek yöntemlerden birincisi çeşitli denetim mekanizmalarının kullanımıdır. Bu denetim mekanizmaları sağlık kuruluşları için minimum seviyede gereklilikleri ortaya koymakta, klinik süreçler gibi mikro ölçekli konulara nadiren vurgu yapılmaktadır. Değerlendirmeler çoğu zaman yerel hükümet otoriteleri tarafından yapıldığından raporlamalar genellikle kamuoyu ile daha az paylaşılmaktadır. Bu denetim mekanizmalarının temel amacı daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu için minimum gerekliliklerin yerine getirilmesini sağlamaktır (Shaw, 2003: 6-10).

Performans ölçümü konulu araştırmalarda kullanılan ikinci araç kamu otoriteleri tarafından yapılan anketlerdir. Hasta ve yakınlarına uygulanan anketler ulusal düzeyde performansın ölçülmesi için önemli bir veri kaynağı elde edilmesini sağlamaktadır. Bazı ülkelerde hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetleri konusundaki görüşlerinin düzenli olarak tespit edilmesine çaba gösterilmekte ve standart anketler kullanılarak hastalardan bilgi edinilmeye çaba gösterilmektedir.

Üçüncü değerlendirme yaklaşımı bağımsız üçüncü taraflarca yapılan değerlendirmelerdir. ISO (International Organization for Standardization) standartları, diğer denetleyici kuruluşlar tarafından yapılan denetimler ve akreditasyon bu grupta yer almaktadır. Bu süreçte ISO uluslararası kalite standartlarına uygun olarak hastane performansını ölçmektedir. Ancak uygulamada ISO standartları üretim endüstrisi temelli standartlara sahip olduğu için sağlık hizmetlerinde performans ölçümü söz konusu olduğunda ISO standartları daha çok yönetimsel süreçlere odaklı bir bakış açısı sunmaktan öteye geçememekte ve hastane performansı konusuna fazla odaklanılamamaktadır. Dahası ISO standartlarını terminolojisinin sağlık hizmetlerine adapte edilmesi de son derece güçtür. Bu nedenle ISO standartları kullanılarak sağlık kuruluşlarında performans ölçümü son derece eleştirilen bir konudur. Bağımsız üçüncü taraf değerlendirmelerin bir diğer şekli ise eşitler tarafından yapılan incelenmeler (peer review)'dir. Bu değerlendirme türünde değerlendirmeler karşılıklı olarak yapılmaktadır. Bağımsız üçüncü taraflarca yapılan değerlendirmeler içerisinden sonuncusu ise akreditasyondur. Akreditasyon sağlık kuruluşları tarafından gönüllü ve bağımsız olarak yapılabilmekte, JCI (Joint Commission International) gibi bazı uluslararası akreditasyon kuruluşlarına üye olunarak düzenli denetim faaliyetleri yürütülebilmektedir.

Sağlık kuruluşlarının performanslarının ölçümünde yararlanılabilecek en son yaklaşım ise istatistiksel göstergelerdir. İstatistiksel göstergeler çalışma yoğunluğunu gösteren göstergeler (yatak doluluk oranı, yatan hasta sayısı gibi) ve klinik faaliyet sonuçlarını gösteren göstergeler (ölüm ve enfeksiyon hızı gibi) şeklinde iki grupta toplanmaktadır. Bu grubun en önemli özelliği diğer performans değerlendirme araçlarından farklı olarak göreceli değil, net sonuçlara ilişkin bilgi veriyor olmalarıdır (Shaw, 2003: 6-10).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan bu raporda hastanelerde performans ölçümü konusunda güncel trendler arasında bütüncül performans ölçüm sistemlerinin geliştirilmesi, performans ölçüm verilerinin kamuoyu ile paylaşılmasının önemine dikkat çekilmiş ve performans ölçüm sistemlerinin ulusal ve yerel seviyede tüm katılımcıların katılımına açık biçimde tanımlanması gerektiği, hükümetin performans ile ilgili standartların ölçülmesi, paylaşılması, kamu ve özel sektör arasında işbirliğinin geliştirilmesine yönelik çaba göstermesi gerektiği ve hastane performans ölçümünün hastaneler arasında kıyaslamalar yapmak yerine hastanelerde performansın yönetimi ve geliştirilmesine odaklanması gerektiğine vurgu yapılmıştır (Shaw, 2003: 11).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2003 yılında yapılan bir seminerde ise hastane performans ölçümünde hangi göstergelerin dikkate alınması gerektiği konusunda bir göstergeler seti belirlemiş ve bu konuda bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda hastanelerde performans başlığı altında alt başlıklara yer verilmiştir. Bu göstergeler başlıca altı başlık halinde incelenmiştir. Bu başlıklar Şekil 5’de görüldüğü gibi klinik etkililik, etkinlik, çalışan oryantasyonu, sorumlu yönetişim, güvenlik ve hasta merkezliliktir. Buna göre klinik etkililik başlığı altında bakım sürecinin uygunluğu ve bakım sürecinin sonuçları; etkinlik boyutunun altında uygunluk, bakım ile ilgili girdilerin bakım ile ilgili sonuçlara uygunluğu ve en iyi bakım sonuçlarına ulaşmak için mümkün olan teknolojilerden yararlanmak; çalışan oryantasyonu altında uygulama çevresi, bireysel ihtiyaçların karşılanması, toplum sağlığı ve güvenliği ile ilgili öncelikli konular ve sağlık statüsü; sorumlu yönetişim başlığı altında sistem ve toplum entegrasyonu ve halk sağlığı yönelimi; güvenlik başlığı altında hasta ve çalışan güvenliği ve çevre güvenliği; hasta merkezlilik başlığı altında ise çalışan oryantasyonu ve hastalara güven duymak gibi alt başlıklar yer almaktadır. Bu raporun sonucunda hastane performansı ile ilgili göstergelerin birbirinden bağımsız olarak düşünülemeyeceği, her bir göstergenin diğer göstergeler ile çok yakından ilişkili olduğu vurgulanmıştır (WHO, 2007:7).

|  |
| --- |
| Klinik  Etkililik  Etkinlik  Çalışan Oryantasyonu  Sorumlu Yönetişim  Hasta Merkezlilik  Güvenlik |

**Şekil 5. PATH Teorik Modeli**

***Kaynak:*** *WHO (2007) PATH Performance Assessment Tool for Quality Improvement In Hospitals, WHO Regional Office for Europe, s. 7.*

Sonraki yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hastane performansı ile ilgili anahtar göstergeler teorik bir çerçeveye oturtulmaya çalışılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2003 yılında uygulamaya başladığı PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement In Hospitals) projesi ile hastane performans ölçümünde kapsamlı ve esnek bir model geliştirmeye çalışmıştır. PATH projesinin geliştirilme sürecinde yapılan toplantılar sonucunda 100’den fazla performans göstergesi içerisinde toplam altı göstergede uzlaşılmış ve bu göstergeleri içeren bir teorik model oluşturulmuştur. PATH projesinin temel hedefi, hastanelerin elde ettikleri sonuçları ve performanslarını sorgulamaları ve faaliyetlerini sonuca dönüştürebilmelerini sağlamak ve uzun vadede küresel ölçekte hastaneler arası karşılaştırmalar yapabilmektir. PATH projesinin bir diğer amacı hastanelere performans değerlendirmede yardımcı olmak, ilerleme sağlayabilmek için hastanelerin topladıkları verilere işlerlik kazandırmaktır. PATH projesi bu projeye katılan hastane yöneticileri tarafından hastane hizmetlerinin geliştirilmesi için bir kalite yönetim aracı olarak kullanılmaktadır. Kısa dönemde PATH projesi yalnızca ulusal ve ikincil düzey ulusal (subnational) veri karşılaştırılmalarını hedeflemektedir. Ancak ara dönemlerde yapılan değerlendirmelerde verilerin standardizasyonunun sağlanması sayesinde uluslararası karşılaştırmalar yapabilme imkânı doğmuştur (Veillard ve diğ., 2005: 488).

Küresel ölçekte düşünüldüğünde PATH projesi hastane performansını değerlendirme konusundaki projelerden yalnızca biridir. Bunun dışında farklı ülkeler tarafından geliştirilmiş projeler de vardır. Bu farklı projeleri karşılaştıran Groene ve diğ. (2008) hastanelerde performans değerlendirme konusundaki toplam 11 projeyi ele almıştır. Yapılan karşılaştırmalarda bu projeler; kullanılan göstergelerin sayısı, göstergelerin nasıl geliştirildiği, performans ölçümünde katılımın gönüllü olup olmadığı, verilerin nasıl toplandığı, değerlendirme sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılıp paylaşılmadığı, geri besleme mekanizması ve yıllık bütçeleri bakımından değerlendirilmiştir. Sonuçta ele alınan boyutlar itibariyle projeler arasında önemli farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (Oliver ve diğ., 2008: 162).

**4. SAĞLIKTA TEKNOLOJİ VE REKABETİN PERFORMANS ÖLÇÜMÜNE YANSIMASI VE ÇOK BOYUTLU PERFORMANS ÖLÇÜMÜNE GEÇİŞ**

Teknolojide büyük değişiklerin yaşandığı 2000’li yıllara gelindiğinde kullanılan teknolojinin sağlık kuruluşlarının performans göstergelerine nasıl yansıdığı ile ilgili olarak Li ve diğ. (2000:202) hem hastane maliyetlerini kontrol etmek hem de klinik süreç kalitesini iyileştirmek amacıyla çok farklı teknoloji değerlendirme süreçleri izlediklerini belirtmişler ve kullanılan klinik ve bilgi teknolojilerinin hastane finansal performansı üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etkide bulunduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Aynı yıllarda küresel rekabet artışına ek olarak hastaneler arasında da rekabetçi bir ortam söz konusu olmaya başlamıştır. Goldstein ve diğ. (2002: 63) hastanelerin yerleşim yeri stratejileri ve kullandıkları teknolojilerin performansları üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Buna göre hastane yerleşim yerinin hastanelerin performansları ile çok yakından ilişkili olduğu ancak bu ilişkiyi hastanelerin seçtikleri stratejilerin belirlediği, klinik teknolojilere daha fazla yatırım yapan hastanelerin yerleşim yerine bağlı olarak daha iyi performans sergileyebildiklerini belirtmiştir. Aynı araştırmada hastane yerleşim yeri ve teknolojiye yapılan yatırımların hastane performansı üzerinde daha fazla etkili olduğu görülmüştür.

Sonraki yıllarda performans ölçümü literatüründe yaşanan değişimler ve çok boyutlu performans ölçütlerinin kullanımı ile birlikte sağlıkta performans ölçümünde daha bütünsel yaklaşımların kabul edildiği bir süreç yaşanmaya başlanmıştır. Creteur ve Pocket (2002:1) yalnızca bir kriteri dikkate alarak hastane performansının belirlenmesinin mümkün olmayacağını ifade etmiştir. Buna göre performans ölçümünde iki kavrama önem verilmesi gerekmektedir. Bunlar etkinlik ve etkililiktir. Bu çoklu bakış açısına uygun olarak Minvielle ve diğ. (2008:10) hastane performans ölçümünde rekabetçi değerler mi yoksa paylaşılan değerlerin mi daha etkili olduğu konusunda yapmış olduğu incelemede hastane performans ölçümünde rekabetçi değerlerin önemine dikkat çekmiştir.

Çok boyutlu performans ölçümü denildiğinde ilk akla gelen ve Kaplan ve Norton (1996) tarafından geliştirilen dengeli puan cetvelidir. Sağlıkta dengeli puan cetvelinin kullanımının yaygınlaşması ile birlikte bu konuya olan ilgi de artmıştır. Dengeli puan cetvelinin sağlık kuruluşlarına adaptasyonunda bu cetvelin dört boyutundan her birisi için bir sağlık kuruluşunun hangi alt boyutları dikkate alması gerektiği konusunda oldukça detaylı bir göstergeler seti sunan Gurd ve Gao (2008: 14-15) sağlık kuruluşlarında performans ölçümü için dengeli puan cetvelinin kullanılması konusunda yol gösterici olmuştur. Dengeli puan cetvelini sağlık kuruluşları için adapte etmeye çalışan Holliday (2010: 137) ise üretim işletmelerinde kullanılan sürekli iyileştirme araçlarının hastane performansı üzerindeki etkisini analiz ettiği araştırmada hastane performansını dengeli puan cetvelinin dört boyutundan yola çıkarak; laboratuar sonuçları için bekleme süreleri (içsel süreçler), günlük hasta maliyeti (finansal boyut), oda hazırlamak için geçirilen ortalama süre (içsel süreçler), bildirilen hata sayısında azalma (öğrenme ve gelişme), genel hasta memnuniyeti (içsel süreçler), genel çalışan memnuniyeti (öğrenme ve gelişme) ile ölçmüştür. Araştırma sonucunda üretim işletmelerinin kullandıkları sürekli gelişme araçlarının sağlık kuruluşlarında performans geliştirmek için uygun olmadıkları, bunun için farklı türde sürekli gelişme araçlarına başvurulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Adair ve diğ. (2003: 41) Kanada’da Alberta Heritage Foundation tarafından desteklenen araştırmada sağlık kuruluşları ve ruh sağlığı merkezlerine özel performans ölçüm sistemi modelleri ve uygulamalarını incelemiş, başta Kanada olmak üzere 1998 ile 2000 yılları arasında İngiltere, Avustralya, Amerika’da sağlıkta performans ölçümü modellerini analiz etmişlerdir. Adair ve diğ. (2003: 24) performans ölçüm literatüründe yaşanan değişim sürecini inceledikleri araştırmada sağlık hizmetlerinde sunulan bakım kalitesine odaklı bir yaklaşımın benimsendiği, son yıllarda ise daha çok bütüncül hasta güvenliğine odaklı bir yaklaşımın kabul edildiğini belirtmiştir.

Son yıllarda etkinlik ve maliyetlere odaklanmak yerine sağlıkta performans ölçümünde değer temelli yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir (Rich, 2009: 134). Rich (2009: 141) bu amaçla yapmış olduğu çalışmada saygı, şefkat, dürüstlük, takım çalışması ve mükemmellik bileşenlerinden oluşan değer-temelli performans değişkenlerinin; performansı iyileştirdiğini bulmuştur.

**5. SONUÇ**

Bir örgütün sağlıklı bir şekilde yaşamını devam ettirmesi, performans ölçüm sisteminin ne derecede etkin olduğuna bağlıdır (Najmi ve diğ., 2005: 119). Performans ölçüm sistemlerinin hedefi, tüm paydaşlar için değer yaratmak, yönetimsel süreçler arasında bütünlük sağlamak, motivasyon yaratmak, ürün ve hizmetlerde iyileştirme ve yenilik meydana getirmektir (Pun ve White, 2005: 67). Performans ölçüm sistemlerinin tasarımı, müşteriler başta olmak üzere diğer paydaşların beklenti ve ihtiyaçlarının işletme süreçlerine yansıtılması anlamına geldiği için çaba isteyen zihinsel bir süreçtir (Bourne ve diğ., 2000: 767).

Performans ölçümünün gelişim süreci incelendiğinde bu sürecin küresel işletmecilik trendlerine uygun bir gelişme sürecine sahip olduğu görülmektedir. Zaman içerisinde performans ölçümü yaklaşımlarındaki değişimi inceleyen araştırmacıların uzlaştıkları nokta bu yaklaşımların daha bütüncül ve sistem temelli bir bakış açısı ile performans ölçümü sürecinin yeniden tasarlanması konusunda görüş belirtmiş olduklarıdır (Bititci ve diğ., 2011: 16).

Bir ülkenin en başta gelen kalkınma göstergelerinden biri sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyidir. Bu nedenle sağlıkta geçerli, güvenilir ve kullanılabilir performans ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araçlar sayesinde rekabette üstünlük sağlanabilecektir (Li ve Benton, 1996: 465). Ancak sağlıkta performans ölçümünün gerçekleştirdiği iyileştirmelerin neler olduğunun anlaşılabilmesi için performans ölçüm faaliyetlerinin ve sonuçlarının yönetim kademeleri tarafından desteklenmesi ve ulaşılan sonuçların doğru biçimde değerlendirilmesi ile mümkün olabilecektir. Bu nedenle sağlık kuruluşlarının yöneticilerinin performans ölçümünü ve performans ölçümü sonucunda elde edilen bilgilerin paylaşımının önemine inanmaları ve bunu desteklemeleri gerekmektedir (Adair ve diğ., 2003: 94).

**KAYNAKÇA**

* ADAIR C.E., SIMPSON E., CASEBEER A.L., BIRDSELL J.M., HAYDEN K.A., LEWIS S., (2003), **‘Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness’** The Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
* ANDERSON D.K.D., (1998**), ‘Measurement of Hospital Performance: Enviromental and Organizational Factors Associated with Cost’**, A Dissertation, Old Domion University, Norfolk.
* BITITCI U., GARENGO P., DÖRFLER V., NUDURUPATI S., (2011), **‘Performance Measurement : Challenges for Tomorrow’**, International Journal of Management Reviews, article in pres.1-23.
* BOURNE M., MILLS J., WILCOX M., NEELY A., PLATTS K., (2000), **‘Designing, Implementing and Updating Performance Measurement Systems’**, International Journal of Operations & Production Management, 20(7), pp.754-771.
* CRETEUR M., POCHET Y., (2002), **‘Organizational Design and Hospital Performance’,** Louvain School of Management Research Institute Working Papers, http:// [www.uclouvain.be/](http://www.uclouvain.be/) cps/ucl/ doc/iag/documents/ WP\_51\_ creteur.pdf, pp.1-34.
* DESHARNAIS S.I., MCMAHON L.F., R.T. WROBLEWSKI, A.J. HOGAN, (1990), **‘Measuring Hospital Performance the Development and Validation of Risk-Adjusted Indexes of Mortality, Readmissions and Complications’**, Medical Care, December, vol. 28, no.12, pp.1127-1141.
* DONABEDIAN A., (1966), **‘Evaluating the Quality of Medical Care’**, The Mildbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), 166-206.
* DONABEDIAN A., (1980), ‘**Explorations Quality Assessment and Monitoring: the Definition of Quality and Approaches to its Assessment’**, vol.I, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

EDDY, D.M., (1998), **Performance Measurement: Problems and Solutions**, Health Affairs*,* 17(4), pp. 7-25.

FLOOD, A.B., SHORTELL, S.M. ve SCOTT R.W., (1997),**Organizational Performance Managing Efficiency and Effectiveness**, Shortell, S.M., Kaluzny, A.D**.,** Essentials of Health Care Management, pp. 381-408, United States of America.

* FOTTLER M.D., (1987**), ‘Health Care Organizational Performance: Present and Future Research’**, Journal of Management, 13(2), pp. 367-391.
* GOLDSTEIN S.M., WARD P.T., LEONG G.K., BUTLER T.W., (2002), **‘The Effect of Location, Strategy and Operations Technology on Hospital Performance’**, Journal of Operations Management, 20, pp.63-75.
* GURD B., GAO T., (2008), **‘Live in the Balanced : an Analysis of the Balanced Scorecard (BSC) in Healthcare Organizations’**, International Journal of Productivity and Performance Management, 57(1), pp. 6-21.
* KAPLAN R.S., NORTON D.P., (1992), **‘The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance’**, Harvard Business Review, 70(1), pp. 71-79.
* KAPLAN R.S., NORTON D.P., (1996), **‘Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System’,** Harvard Business Review, January-February, pp.75-85.
* KLASSEN A., MILLER A., ANDERSON N., SHEN J., SCHIARITI V., O’DONNELL M., (2010), **‘Performance Mesaurement and Improvement Frameworks in Health, Education and Social Service Systems: A Systematic Review,** International Journal for Quality in Health Care, 22(1), pp. 44-69.
* LI L.X., COLLIER D.A., (2000), **‘The Role of Technology and Quality on Hospital Financial Performance an Exploratory Analysis’**, International Journal of Service Industries Journal, 11(3), pp. 202-224.
* LI L.X., BENTON W.C., (1996), **‘Performance Mesaurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions’,** European Journal of Operational Research, 93, pp. 449-468.
* LING L.X., (1996), **‘Capacity Resource Management and Performance in Hospitals’**, A Dissertation, The Ohio State University.
* MCKEE M., RAFFERTY A.M., AIKEN L., (1997), **‘Measuring Hospital Performance: Are We Asking the Right Questions?’,** Journal of The Royal Society of Medicine, vol. 90, pp. 187-191.
* MINVIELLE E., SICOTTE C., CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS A.P., JEANTET M., PREAUBERT N., BOURDIL A., RICHARD C. (2008**) ‘Hospital Performance: Competing or Shared Values?’**, Health Policy, 87, pp. 8-19.
* NAJMI M., RIGAS J., FAN I.S., (2005), **‘A Framework to Review Performance Measurement Systems’**, Business Process Management, 11(2), pp. 109-122.
* OLIVER L., PALMER E., (1998), **‘An Integrated Model for Infrastructural Implementation of Performance Measurement’, Performance Measurement – Theory and Practice'** (Conference Proceedings) vol., Cambridge University, Cmabridge, pp. 695-702.
* SANTOS S.P., BELTON V., HOWICK S., (2002), ‘**Adding Value to Performance Measurement by Using System Dynamics and Multicriteria Analysis’**, International Journal of Operations & Production Management, 22(11), pp. 1246-1272.

SHAW C. (2003), **‘How Can Hospital Performance Be Measured and Monitored?**, WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), pp. 1-17.

SMITH-DANIELS V.L. SCHWEIKHART S.B. SMITH-DANIELS D.E. (1988**), ‘Capacity Management in Health Care Services: Review and Future Research Directions’**, Decision Sciences, 19(4), pp. 889-919.

* VAN PUERSEM K.A. PRATT M.J. LAWRENCE S.R., (1995), '**Health Management Performance A Review of Measures and Indicators'**, Accounting, Auditing & Accountability Journal, 8(5), pp. 34-70.
* WHO (2007), **PATH Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals**, WHO Regional Office for Europe, [http://www.pathqualityproject.eu/what \_is\_path.html](http://www.pathqualityproject.eu/what%20_is_path.html)
* WOLSTENHOLME E., (1999**), ‘A Patient Flow Perspective of U.K. Health Services: Exploring the Case for New ‘Intermediate Care’ Initiatives**’, System Dynamics Review, 15(3), pp. 253-271.
* YAVAŞ U., SHEMWELL D. J., **‘Modified Importance-Performance Analysis: An Application to Hospitals’**, International Journal of Health Care Assurance, 14/3, 2001, pp. 104-110.

1. ***Songül ÇINAROĞLU****, Uzman, Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü Araştırma Görevlisi.* [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Bayram ŞAHİN,*** *Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü.*  [↑](#footnote-ref-2)