

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ TEZLİ YÜKSEK
LİSANS PROGRAMI**

**SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANSI İLE İLGİLİ
ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ**

**HAZIRLAYAN
UĞUR CAN KAVUNCUBAŞI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. FİKRİYE YILMAZ**

ANKARA-2025

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 29 / 07 / 2025

Öğrencinin Adı, Soyadı: Uğur Can Kavuncubaşı

Öğrencinin Numarası:22220113

Anabilim Dalı:Sağlık Yönetimi

Programı: Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:Prof. Dr. Fikriye YILMAZ

Tez Başlığı: Sağlık Sistemi Performansı İle İlgili Çalışmaların Bibliyometrik Analizi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 112 sayfalık kısmına ilişkin, 29/ 07 / 2025 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 8'dir. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:..

ONAY

Tarih: 29 /07 / 2025

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Prof. Dr. Fikriye YILMAZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde önemli katkıları olan, kitaplarıyla ve verdiği eğitimle dünya görüşümü etkileyen, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Fikriye YILMAZ'a,

Yüksek lisans hayatımda aramızdan ayrılan değerli hocamız Prof. Dr. Nermin YENİKÖSE'ye,

Yüksek lisans eğitimi boyunca emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim tüm değerli hocalarıma,

Hayatımın her evresinde bir hocam olan, değerli babam Şahin KAVUNCUBAŞI'na, yapılan her hatanın bir ders olduğunu ve bana sevginin gücünü gösteren güzeller güzeli annem Gülay KAVUNCUBAŞI'na ve en büyük rakibim, en yakın dostum, sırdaşım ve biricik ablam Yasemin KAVUNCUBAŞI GENÇ'e,

İş hayatımda sadece bir patrondan fazlası olan yaptığım her işte bana desteğini sunan, yüksek lisans eğitimi boyunca her zaman desteklerini veren Atanur Kaya TANRIVERDİ ve Ali Emre TANRIVERDİ'ye,

Hayatta küçük anları değerli kılan bütün arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Uğur Can Kavuncubaşı, Sağlık Sistemi Performansı İle İlgili Çalışmaların Bibliyometrik Analizi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı, 2025.

Sağlık sistemi performansı, sağlık sisteminin çıktılarını veya nihai hedeflerini (iyi sağlık, duyarlılık ve finansal risk koruması); erişim, kapsayıcılık, kalite, güvenlik, verimlilik gibi araçsal hedefleri, sistem yapısı, kaynakları ve hizmet sunumu ve yönetimi de dahil olmak üzere işlevlerini kapsayan şemsiye bir terimdir. Bu çalışmanın amacı, sağlık alanında giderek daha popüler hale gelen sağlık sistemi performansı üzerine yapılan çalışmaların bibliyometrik analizini gerçekleştirmektir. Web of Science veri tabanına dayanan bu yüksek lisans tezi, yayın eğilimlerini, araştırma konularını, yazarları ve bağlı oldukları kurumları belirlemeyi ve 1990 ile 2020 yılları arasında sağlık sistemi performansı konusundaki çalışmaların evrimini bibliyometrik analiz yöntemleriyle haritalandırmayı amaçlamaktadır. Bibliyometrik R Paketi (Biblioshiny) kullanılarak performans analizi ve bilim haritalama işlemleri gerçekleştirilmiştir. "Konu" bazında yapılan arama sonucunda, WoS veri tabanında 3.338 makale belirlenmiştir. Makale sayısı 2000-2021 yılları arasında sürekli artmıştır. Bradford Law tarafından temel kaynaklar olarak da adlandırılan en ilgili beş kaynak, BMC Health Services Research, Health Policy and Planning, PlosOne, Social Science & Medicine and Human Resources dergileridir. En çok atıf alan kaynaklar ise "The Lancet", "Health Policy and Planning", "Social Science and Medicine", "BMC Health Services Research" ve "Bulletin of the World Health Organization" dergileridir. Alan Lopez, Christopher Murray ve Rafael Lozano bu konu ile en ilgili yazarlardır. "Halk Sağlığı", "sağlık için insan kaynakları", "sağlık sistemi yönetimi", "sağlık politikası", "sağlık sistemi performansı" ve "sağlık finansmanı" en sık kullanılan yazar anahtar kelimeleridir. Bu çalışmada, yayınların tematik haritası ve tematik evrimleri de incelenmiş ve niş, motor, temel ve yükselen ve azalan temalar belirlenmiştir. Çalışmanın araştırmacıların, yasa koyucuların ve uygulayıcıların sağlık sistemi performansının temel kavramlarını anlamalarına ve yeni araştırma ve politika çıkarımları üretmelerine yardımcı olması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık sistemi performansı, bibliyometrik analiz, sağlık sistemi

ABSTRACT

Ugur Can Kavuncubaşı, Bibliometric analysis of the studies on health system performance, Başkent University, Institute of Social Sciences, Program of Health Care Management, 2025

Health system performance is an umbrella term covering the health system's outcomes or ultimate goals of good health, responsiveness, and financial risk protection; intermediate objectives of access, coverage, quality, safety, efficiency, and system structure, resources, and functions, including service provision and management. The aim of this study is to perform a bibliometric analysis of studies on health system performance, which has become increasingly popular in the field of health. Based on the Web of Science database, this master's thesis aims to determine the publishing trends, research topics, authors and their affiliations, and template the evolution of studies on the topic of health system performance between 1990 and 2020 through bibliometric analysis methods. By using Bibliometric R Package (Biblioshiny), performance analysis and science mapping procedures were performed. Based on "topic", the search procedure identified 3,338 papers in the WoS database. The number of papers constantly increased during the years 2000 to 2021. The five most relevant sources, also called core sources by Bradford Law, are BMC Health Services Research, Health Policy and Planning, PlosOne, Social Science & Medicine and Human Resources. The most cited sources are The Lancet, Health Policy and Planning, Social Science and Medicine, BMC Health Services Research and Bulletin of the World Health Organization. Alan Lopez, Christopher Murray, and Rafael Lozano are the most relevant authors. "Public Health", "human resources for health", "health system governance", "health policy", "health system performance" and "health financing" are the most occurred author keywords.

In this study, thematic map and thematic evolutions of publications were also investigated and niche, motor, basic and emerging & declining themes were identified. The study are expected to help researchers, legislators, and practitioners understand the basic concepts of the health system performance, and to assist them to raise new research and policy implications.

Keywords: Health system performance, bibliometric analysis, health system

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
GİRİŞ.....	1
1. SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANSI	2
1.1. Sağlık Sistemi ve Unsurları.....	2
1.1.1. Hizmet sunumu.....	4
1.1.2. Sağlık insangücü.....	5
1.1.3. Bilgi (Information)	5
1.1.4. Tıbbi teknoloji, ilaç ve malzemeler.....	6
1.1.5. Finansman.....	6
1.1.6. Liderlik ve yönetim.....	7
1.2. Sağlık Sisteminin Amaçları.....	8
1.2.1. Nihai amaçlar.....	8
1.2.1.1. İyi sağlık	8
1.2.1.2. Cevap verebilirlik.....	9
1.2.1.3. Finansal koruma.....	10
1.2.2. Araçsal amaçlar	11
1.2.2.1. Erişim	11
1.2.2.2. Kapsayıcılık	13
1.2.2.3. Kalite	15
1.2.2.4. Hasta güvenliği.....	20
1.2.2.5. Verimlilik.....	23
1.3. Sağlık Sisteminin Performansının Önemi ve Performans Değerlendirme Amaçları	24
2. SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANS DEĞERLENDİRME MODELLERİ.....	27
2.2. DSÖ Modeli	27
2.2. OECD Modeli.....	29
2.3. Kurumsal Karne Modeli	32

2.3.1. Kurumsal karne boyutları.....	34
2.3.2. Sağlık hizmetlerinde kurumsal karne modeli uygulamaları	36
2.3.3. Sağlık alanında kurumsal karne boyutları	37
2.3.4. Sağlık alanında kurumsal karne uygulamalarında yaşanan sorunlar.....	43
3. ARAŞTIRMA	46
3.1. Araştırmanın Amacı.....	46
3.2. Bibliyometrik Analiz Metodolojisi	46
3.3. Bibliyometrik Analiz Süreci.....	49
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	51
4.1. Verilerle İlgili Temel Bilgiler	51
4.1.1. Yayın Sayıları.....	51
4.2. Kaynaklar İle İlgili Bulgular	53
4.2.1. SSP konusuyla en ilgili kaynaklar	54
4.2.2. SSP konusuyla ilgili en fazla atıf yapılan yerel kaynaklar.....	56
4.2.3. SSP konusuyla en ilgili kaynakların yerel etki faktörleri	56
4.2.4. SSP konusuyla en ilgili kaynaklardaki yayın sayılarının gelişimi.....	57
4.3. Yazarlarla İlgili Bulgular	58
4.3.1. SSP konusuyla en ilgili yazarlar	59
4.3.2. SSP konusuyla ilgili en fazla yerel atıf alan yazarlar	61
4.3.3. SSP konusuyla en ilgili yazarların yayın sayılarının gelişimi	62
4.3.4. SSP konusuyla en ilgili yazarların yerel etki faktörleri	63
4.4. Yazarların Kurumları	64
4.4.1. SSP konusuyla en ilgili üniversiteler	64
4.4.2. SSP konusuyla en ilgili üniversitelerin yayın sayılarının yıllara göre dağılımı	66
4.4.3. SSP konusuyla ilgilenen sorumlu yazarların ülkelere göre dağılımı	66
4.4.4. Ülkelerin SSP konusuyla ilgili yayın sayılarının yıllara göre dağılımı	68
4.4.5. En çok atıf alan ülkeler	70
4.5. Makaleler ve Atıflar.....	71
4.5.1. SSPD konusuyla ilgili global ölçekte en çok atıf alan makaleler	71
4.5.2. SSP konusuyla ilgili en çok atıf alan yerel makaleler	72
4.5.3. SSPD konusuyla ilgili en çok atıf yapılan referanslar	75
4.6. Anahtar Kelimeler (Terimler)	77

4.6.1. SSP konusuyla ilgili çalışmalarda en sık kullanılan terimler (Anahtar Kelimeler)	77
4.6.2. SSP konusuyla ilgili çalışmalardaki anahtar kelime bulutu	79
4.6.3. SSP konusuyla ilgili çalışmalardaki trend konu başlıkları.....	81
4.7. Haritalandırma	83
4.7.1. Ortak kelime ağı.....	83
4.7.2. Tematik harita ve tematik evrim.....	84
4.7.2.1. Tematik evrim	88
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	94
KAYNAKLAR	96

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Bibliyometrik Analizi Amaçları.....	48
Tablo 3.2. Bibliyometrik Analizin Yanıt Aradığı Sorular.....	49
Tablo 4.1. Araştırma Kapsamındaki Yayınlarla İlgili Bilgiler.....	51
Tablo. 4.2. Yayınların Genel Özellikleri ile İlgili Bilgiler.....	52
Tablo 4.3. En Sık Yayın Yapılan İlk 10 Dergideki Çalışma Sayıları.....	54
Tablo 4.4. SSP Konusunda En Çok Atıf Alan Kaynaklar.....	56
Tablo 4.5. SSP Konusunda En Çok Atıf Alan Kaynaklar.....	57
Tablo 4.7. Yazarların Yayın Sıklıkları.....	59
Tablo 4.8. Yazarlara Yapılan Atıflar.....	62
Tablo 4.9. SSP Konusuyla En İlgili Yazarların yerel etki faktörleri.....	64
Tablo 4.10. Yayınların Üniversitelere Göre Dağılımı.....	65
Tablo 4.11. Sorumlu Yazarların Ülkelere Göre Dağılımı.....	67
Tablo 4.12. SSP Konusuyla İlgili Çalışmaların (makale vb) Ülkelere Göre Dağılımı.....	69
Tablo 4.13.En Çok atıf Alan Ülkeler.....	70
Tablo 4.14. En Sık Kullanılan Referanslar.....	75
Tablo 4.15. En sık kullanılan Anahtar Kelimeler (Yazar).....	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 4.1. Yıllara Göre Yayın Sayısı	52
Şekil 4.2. Türk Bilim İnsanları Tarafından Yapılan Yayınlar ve Atıf Sayıları	53
Şekil 4.3. Bradford Yasasına Göre Kaynakların Sınıflandırılması	55
Şekil 4.4. Kaynaklardaki SSP ile İlgili Yayınların Yıllara Göre Dağılımı.....	58
Şekil 4.5. SPS Konusuyla En İlgili Yazarların Yayın Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı ..	63
Şekil 4.6. SSP Konusuyla İlgili Yayınların Yazarların Çalıştığı Üniversitelere Göre Dağılımı	65
Şekil 4.7. SSP Konusuyla En ilgili Üniversitelerin Yayın Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı	66
Şekil 4.8. Sorumlu Yazarların Ülkelere Göre Dağılımı	68
Şekil 4.9. Yıllara Göre Ülkelerin Yayın Sayıları.....	69
Şekil 4.10. En Sık Atıf Alan Yayınlar	73
Şekil 4.11. En Sık Kullanılan Anahtar Terimler	79
Şekil 4.12. SPS Konusuyla İlgili Kelime Bulutu	80
Şekil 4.13 Trend Terimler	82
Şekil 4.14. Ortak Kelime Ağı	83
Şekil 4.15. Tematik Harita.....	86
Şekil 4.16. Tematik Evrim Haritası (1990—2025)	89
Şekil 4.17. Tematik Harita (1990-2000).....	90
Şekil 4.18 . Tematik Harita (2000-2010).....	91
Şekil 4.19. Tematik Harita (2011-2020).....	92
Şekil 4.20. Tematik Harita (2020-2025).....	93

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

SSP: Sağlık Sistemi Performansı

WHO: World Health Organization

WoS: Web of Science

BSC: Balanced Scorecard

ABD Amerika Birleşik Devletleri

UK: İngiltere

GİRİŞ

Sağlık sistemi performansı, sağlık sisteminin toplumun sağlık düzeyinde hedeflenen gelişmeyi, toplumun sağlıkla ilgili olmayan ihtiyaçlarına duyarlı biçimde (cevap verebilirlik) ve finansal riskler yaratmadan sağlayabilmesi olarak tanımlanabilir. Yaşlanmaya bağlı olarak kronik hastalıkların artması, sağlık harcamalarının yükselmesi, sağlık hizmetlerinde darboğazların ortaya çıkması, hizmetlere erişim, hizmet kalitesi, hasta güvenliği gibi konularda yaşanan problemlerin sıklığının artması sağlık sistemi performansı konusuna olan ilginin artmasına yol açmaktadır. Sağlık sistemi performansının kavramsallaştırılması, ölçülmesine yönelik global ihtiyaç, gerek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve OECD gibi uluslararası kuruluşları, gerekse araştırmacıları bu yönde modeller ve ölçüm metodolojileri geliştirme sevk etmiştir. Sağlık sistemi performansı, sağlık hizmetleri ve sağlık sonuçlarında daha adil ve etkili iyileştirmeler sağlayacak sağlık sisteminin temel unsurları (yapı taşları) ve işlevlerinde iyileştirmeler yapılabilmesi için politika yapıcıları ve uygulayıcılara kapsamlı bir yol haritası oluşturur. Sağlık sistemi performansına yönelik modellerin amacı, yalnızca problem alanlarını belirlemek veya sağlık sistemin kısa vadede iyi sonuçlar yaratmasını sağlamak değil; sağlık sisteminin uzun dönemli, kararlı biçimde daha iyi çalışmasını sağlamaktır.

Bu çalışmanın temel amacı sağlık sistemi performansı ile ilgili bilimsel literatürün bibliyometrik analiz teknikleri ile incelenmesidir. Bibliyometrik yöntemleri kullanarak, sağlık sistemi performansı konusuyla ilgili çalışmaların (makale, kitap, vb.), alanın gelişimine yaptığı bilimsel katkıları, bilimsel araştırma kurumlarını ve kaynakları (dergiler) doğrudan anlama imkânı doğmaktadır. Bibliyometrik yöntemler aracılığı ile sağlık sistemi performansı ile ilgili çalışma alanlarını, çalışmaların genel evrimini ve araştırma boşlukları tespit edebilir. Diğer yönden bibliyometrik analizler yoluyla sağlık sisteminde politika yapıcılar ve yöneticiler sağlık sistemi performansının kavramsallaştırılması, ölçümü ve değerlendirilmesiyle ilgili politikalarının oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin hedef odaklı bir şekilde sunulması için gerekli önlemleri (politikalar) daha tutarlı biçimde geliştirilebilirler (Zhao ve dig, 2022).

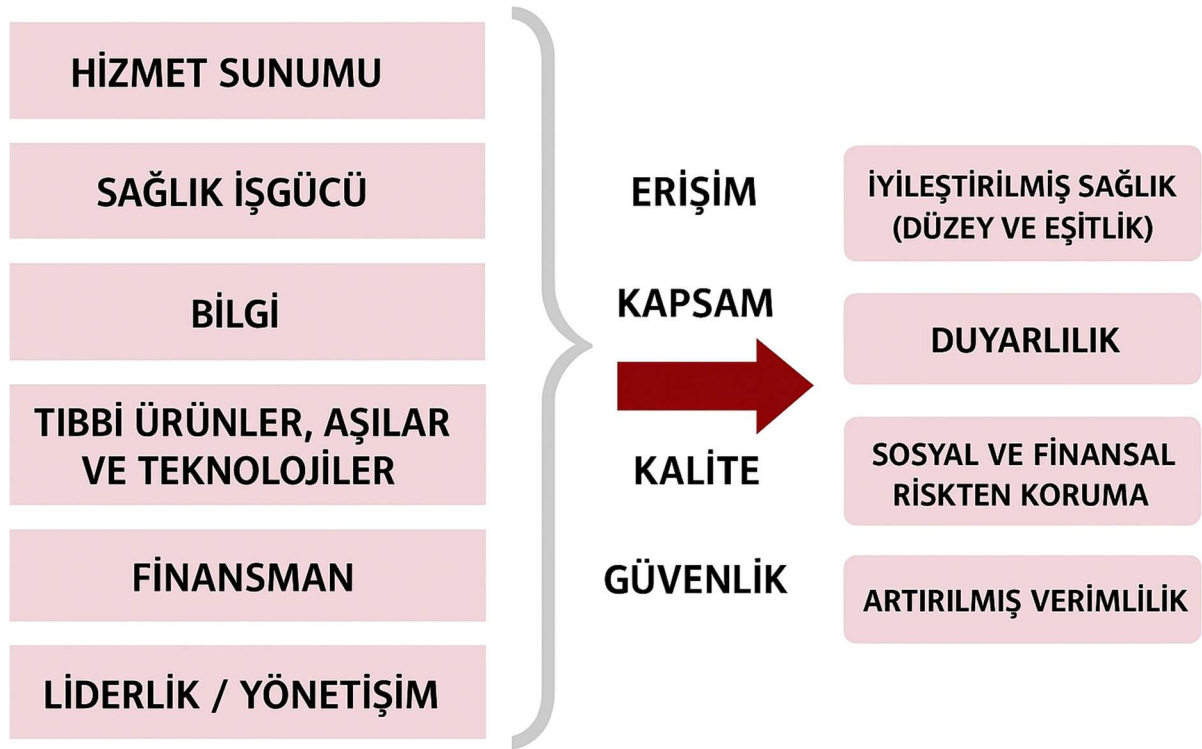
1. SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANSI

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından yayınlanan World Health Report 2000de bugünün karmaşık dünyasında, bir sağlık sisteminin tam olarak ne olduğunu, nelerden oluştuğunu ve nerede başladığını ve nerede bittiğini söylemenin zor olduğuna işaret edilerek, sağlık sistemini “temel amacının sağlık geliştirmek, yeniden kazandırmak veya sürdürmek olan tüm etkinlikler bütünü” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000: 5). DSÖ 2007 yılında tanımını genişleterek, sağlık sistemini, "temel amacı sağlığı geliştirmek, bozulan sağlık durumunu tedavi etmek ve sağlığı korumak olan organizasyonlar, insanlar (insan kaynakları) ve faaliyetler bütünü” olarak ele almıştır (WHO, 2007). Atun ve Moore (2021:17)’a göre sağlık sistemi, toplumun sağlık ve iyi olma ile ilgili hedeflerini gerçekleştirmek üzere tasarlanmış bir araçtır.

1.1. Sağlık Sistemi ve Unsurları

Sağlık sisteminde yer alan organizasyonlar ve faaliyetler, sağlık sisteminin unsurları (bulding block) olarak görülebilir. DSÖ sağlık sistemlerinin altı temel unsuru veya yapı taşı olduğunu kabul etmektedir. Bir yığın tuğlanın işlevsel bir bina oluşturmak için yeterli olmadığı gibi, yapı taşlarının da bir araya getirilmesi sağlık sistemini oluşturmaz; sistemi oluşturan esasında bu yapı taşları arasındaki çoklu ilişkiler ve etkileşim -birinin diğerlerini nasıl etkilediği ve onlardan nasıl etkilendiği– süreçleridir (WHO, 2007; Murray,& Frenk, 2000). Bu nedenle sağlık sisteminin yapı taşları sağlık sisteminin işlevleri olarak da görülmektedir. Sağlık sisteminin yapı taşları Şekil 1.1.’de verilmiştir.

Şekil 1.1. Sağlık Sistemi Yapı Taşları Modeli (WHO,2007)



Sağlık sisteminin yapı taşları veya unsurlar ve işlevler arasındaki etkileşimler olarak görülmesi, sağlık sisteminin amaçlarını başarılmasında her bir unsurun rol ve katkısının anlaşılmasını kolaylaştırır. Şekil 1.1’de verildiği gibi örneğin performansa göre ödeme sisteminin geliştirilmesi (finansman unsuru) hizmet sunumunun kalitesine ve verimliliğine katkıda bulunabilir. Hizmet kalitesinin artması ve maliyetlerin azalması ise toplumun sağlık sistemi ile ilgili etkileşimlerinin daha olumlu hale gelmesine yol açarak cevap verebilirlik derecesinin artması sonucunu ortaya çıkarabilir (Savigny&Taghreed, 2009:53). DSÖ modelinin temel amaçlarından biri, bir sağlık sisteminin ne olduğunu ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesinin ne anlama geldiğini açıklığa kavuşturmadır. Zira sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi gerektiği savunuluyorsa, sorunların ne olduğu, nerede ve neden yatırıma ihtiyaç olduğu, bunun sonucunda ne olacağı ve değişimin hangi yollarla izlenebileceği konusunda bütüncül bir bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır (WHO, 2007:v). DSÖ sağlık sistemi modeli genel sağlık sistemini güçlendirmede etkili olmakta ve küresel sağlık hedeflerine ulaşmak için katalizör görevi görmektedir. Hastalık temelli sağlık sistemi güçlendirme stratejilerinin aksine, DSÖ’nün sağlık sistemi çerçevesi genel sağlığı duyarlı, finansal olarak adil ve en verimli şekilde iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Manyazewal,

2017). Mounier-Jack ve arkadaşları (2014), modelin sağlık sistemlerinin anlaşılması için basit bir yapı geliştirdiğini, ortak bir dil ve anlayışın geliştirilmesini sağladığını vurgulamaktadır. Model ayrıca, araştırma sorularının ve veri toplama araçlarının yapılandırılmasına yardımcı olma yanında, ortak bir modelin kullanılmasının, çalışmalar arasında daha kolay karşılaştırma yapılmasına imkân tanımaktadır. Sağlık sisteminin temel işlevleri veya yapı taşları aşağıdaki başlıklarda özetlenmiştir.

1.1.1. Hizmet sunumu

Sağlık sisteminin birinci işlevi toplumun ihtiyaç duyduğu hizmetler ile toplumun sağlık ihtiyacının ortaya çıkmasını önlemeye veya ihtiyacın miktarını azaltmaya yönelik hizmetlerin sunulmasıdır. Hizmet sunumu, finansman, tıbbi teknoloji, aşı, tıbbi malzeme ve sağlık insangücü gibi girdilerin ortaya çıkardığı bir çıktıdır (WHO, 2010:2). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri birey ve toplumun sağlıklılık halinin geliştirilmesine yönelik hizmetlerdir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, toplumda sağlıklılık bilincinin yerleştirilmesi, sağlıklı yaşam tarzının benimsetilmesine yönelik hizmetler sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak görülebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise bireyi ve toplumun sağlığını tehdit eden risk faktörlerine karşı korunmasına yönelik hizmetlerdir. Aşılama, çevre sağlığı, temiz su temini, gebe ve bebek takibi, okul taramaları gibi hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Tedavi hizmetleri, bozulan sağlık durumunun restorasyonu ile ilgilidir. Rehabilitasyon hizmetleri ise yitirilen bedensel veya ruhsal işlevlerin yeniden kazandırılması ile ilgilidir. Hizmet sunumu sağlık kurumları tarafından yerine getirilirler. Hizmet sunum işlevi, özel muayenehaneler, aile sağlığı merkezleri gibi küçük ölçekli kurumlardan ve şehir hastaneleri gibi büyük ölçekli kurumlara kadar farklı ölçekli sağlık kurumları tarafından sunulurlar. DSÖ'ye göre iyi sağlık hizmetleri, ihtiyaç duyulan zamanda ve gereken yerde, en az kaynak israfıyla, etkili, güvenli, kaliteli kişisel ve kişisel olmayan sağlık müdahalelerini sunan hizmetlerdir (WHO, 2007). Bu nedenle iyi sağlık hizmetlerinin performansını ölçmede kalite, hasta güvenliği, etkinlik gibi kriterlere bakılması önerilmektedir (Kavuncubaşı,2022).

1.1.2. Sağlık insangücü

Sağlık sisteminin ikinci bileşeni sağlık insan gücüdür. Sağlık insangücü, sağlık hizmetleri sunumu ve yönetimiyle ilgili görevleri üstlenen personel gruplarını içermektedir. İnsan kaynakları, her bireysel ve kamu sağlığı müdahalesinin gerçekleşmesini sağlayan farklı bilgi ve becerilere sahip (klinik ve klinik olmayan) personel türleridir ve sağlık sisteminin girdileri arasında en önemlisidir. Sağlık hizmeti sistemlerinin performansı, nihayetinde hizmetleri sunmaktan sorumlu olan kişilerin bilgi, beceri ve motivasyonuna bağlıdır. Ayrıca, insan kaynakları için yapılan harcamalar genellikle sağlık harcamaları (bütçe) içinde en büyük kalemi oluşturur. Birçok ülkede, toplam harcamaların üçte ikisi veya daha fazlası personel maliyetlerini yansıtmaktadır (WHO 2000:77).

Bir sağlık sisteminde insan kaynaklarının bugün için çok yeterli olması, mevcut personelin mükemmel bilgi ve becerilere sahip olması çok önemlidir ancak, gelecekteki sağlık ihtiyaçları, öncelikler ve mevcut diğer kaynaklar dikkate alınmadığında sağlık sisteminde bir takım problemler ve krizler ortaya çıkabilir. Örneğin, genç doktorlar ve hemşireler için eğitim ve öğretim faaliyetleri yeterli değilse veya kıdemli personelin bilgi ve becerilerini güncelleyebilmek için yeterli zaman ve kaynakları yoksa gelecekte bir takım sorunların ortaya çıkması beklenebilir. Benzer şekilde, emeklilik dönemine yakın personel sayısının oransal olarak fazlalığı bir sağlık sistemi için gerçek bir sorun teşkil eder. Bu nedenle, bir sağlık sistemi, mevcut taleplerin yanı sıra gelecekteki ihtiyaçları karşılamak üzere insan kaynaklarına yönelik yatırımlara önem vermelidir(WHO, 2000:77-78). Bu yapı taşı, hizmet sunumunu ve diğer görevleri yerine getiren personelin nitelik ve niceliğinin artırılması, insan kaynaklarının adil biçimde dağıtılması işlevini yerine getirmektedir (Savigny&Taghreed, 2009:31).

1.1.3. Bilgi (Information)

Bilim ve teknolojiye ilerlemeler (örneğin yeni ilaçlar), sağlık sorunlarının çözümünü olanaklı kılmakta veya kolaylaştırmakta (kalite) ve sonuçta sağlık sisteminin performansını yükseltici etkide bulunmaktadır. Bilgi (örneğin yeni tedavi yöntemi) kaynağı genellikle

araştırma geliştirme faaliyetleriyle üretilmektedir. Üniversiteler, ARGE kuruluşları, en önemli bilgi-yeni yöntem geliştiren kurumlardır. Bu nedenle araştırma kuruluşları ile sağlık kurumları, sağlık politika belirleyicileri ve yöneticiler arasında sürekli etkileşimin (bağlantı) bulunması zorunludur.(WHO,2000)

Sağlık alanında araştırma geliştirme faaliyetlerine yatırım yapılmaması durumunda, sağlık sistemleri sağlık hizmeti sunumunda yeni metot ve teknolojilerin uygulanması konusunda geri kalacaktır. DSÖ (2000) Dünya Sağlık Raporunda yeni yöntem ve teknolojilerin, hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sınırın değiştirdiğine işaret edilmekte; bu düzeylerdeki hizmetlerin içerik ve sunumunu farklılaştırdığı vurgulanmaktadır.(WHO,2000)

1.1.4. Tıbbi teknoloji, ilaç ve malzemeler

Sağlık sisteminin bir diğer yapı taşı veya işlevi, hizmet sunumu için gerekli teknolojilerin ilaç ve tıbbi malzemelerin sağlanmasıdır. Bu işlev bir anlamda sağlık alt yapısının geliştirilmesidir. Sağlık alt yapısı içinde de özellikle tıbbi teknoloji önemli bir ağırlığa sahiptir. Tıbbi teknoloji, hizmet sunumunu kolaylaştıran, destekleyen, tıbbi cihazlar, ekipmanlar ve araçlar bütünü olarak görülebilir. Tıbbi teknoloji günümüzde hızla gelişmektedir. Tıbbi teknolojideki gelişmeler, bazı hastalıkların tanı ve tedavisini mümkün kılarken, bazı hastalıkların tanı tedavisini de daha kaliteli, daha hızlı ve daha ekonomik biçimde gerçekleştirilmesini sağlamaktadır. Sağlık teknolojileri ile ilgili gelişmeleri değerlendirmede genellikle ülkelerin nüfus başına düşen MR ve BT cihaz sayıları dikkate alınmaktadır.

1.1.5. Finansman

Sağlık finansmanının amacı, finansmanın kaynağın hazır bulunmasını sağlamak ve hizmet sunucular için doğru finansal teşviklerin belirlenmesidir; böylece tüm bireylerin etkili sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanmasıdır. Bu işlev esasında ihtiyacı olan bir kişinin ödeme gücü bulunamaması ya da bu hizmet için ödeme yapmaya çalışırken

yoksullaşma olasılığının azaltılması ya da ortadan kaldırılması anlamına gelir (WHO, 2000:95).

Finansman işlevi, sağlık hizmetlerinin finansmanı için gerekli mali kaynakların uygun koşullarda temin edilmesi, tahsisatı ve kullanılmasına yönelik faaliyetler bütünüdür. Sağlık finansman işlevinin temel amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetlerinin sunulması, hizmet sunumu için gerekli girdilerin temini için gerekli mali kaynakların sağlanması,
- Mali sıkıntılar dolayısıyla bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımları önündeki engellerin kaldırılması,
- Mali kaynakların verimli ve etkili biçimde tahsis edilmesi ve kullanılması (WHO, 2000).

1.1.6. Liderlik ve yönetim

Liderlik ve yönetim, makro düzeyde sağlık sisteminin tüm aktörlerinin faaliyetlerinin belirli değerler ve etik kavramlara dayalı biçimde planlanması, yönlendirilmesi ve değerlendirilmesi için hukuksal çerçevenin oluşturulması (düzenleme) ve bunların bilimsel yönetim ilkeleri ve ülke koşulları dikkate alınarak yürütülmesidir (uygulama). Liderlik ve yönetim sağlık sistemlerinin belki de en önemli işlevi olarak görülmekte ve WHO (2000) tarafından “toplumun sağlık düzeyinin (iyilik halinin) özenli ve sorumluluk taşıyacak biçimde yönetilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Liderlik ve yönetim, toplumun refahından sorumlu olan yönetimin bir işlevi olup; güven ve meşruiyet kavramları ile ilişkilidir (Saltman& Ferroussier, 1999). Liderlik ve yönetim özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Weailard ve dig, 2011):

- Liderlik ve yönetim toplumun sağlık düzeyi ile ilgili sorumluluğu bulunan hükümet ve sağlık bakanlığının bir rolüdür.
- Liderlik ve yönetim, üzerinde evrensel olarak uzlaşmaya varılmış normlar ve değerlerin dayandığı bir çerçeve içinde yerine getirilir.
- Liderlik ve yönetim toplum nazarında güven yaratan etik kavramları içerir.

- Liderlik ve yönetim, iyi sağlık gibi sağlık sistemi sonuçları (örneğin iyi sağlık) üzerine odaklaşmaktadır.
- Liderlik ve yönetim, hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkelerine dayalı karar verme süreçlerini içerir.
- Liderlik ve yönetim sistem tasarımına ve yapısal reformlara odaklanır.

1.2. Sağlık Sisteminin Amaçları

DSÖ tarafından 2000 yılında yayınlanan World Health Report (WHO, 2000)'da sağlık sisteminin amaçlarını nihai hedefler ve araçsal amaçlar şeklinde tanımlamıştır. Alt başlıklarda sağlık sisteminin nihai ve araçsal amaçları açıklanmıştır.

1.2.1. Nihai amaçlar

Nihai amaçlar sağlık sisteminin ulaşmayı istediği toplum sağlığı ile ilgili sonuçlardır. WHO (2000) üç temel nihai sonuç (outcome) tanımlamıştır. Bunlar iyi sağlık, cevap verebilirlik ve finansal korumadır.

1.2.1.1. İyi sağlık

İyi sağlık, sağlık sisteminin belki de en genel amacıdır. Sağlık sistemlerinin temel amacı, hastalıkları, sakatlıkları ve ölümleri azaltmak yoluyla yaşam süresinin uzatılmasıdır. Kuşkusuz hastalık, sakatlık ve ölümlerin ne kadarının sağlık hizmetleri yoluyla azaltıldığını tahmin etmek zordur; zira sağlık düzeyi çevresel, davranışsal (yaşam tarzı) ve genetik faktörler tarafından da etkilenmektedir. Bununla birlikte sağlık düzeyindeki gelişmeler bir bütün olarak sağlık sisteminin performansı konusunda en iyi bilgiyi vermektedir. (WHO, 2000)

İyi sağlık düzeyinin en önemli göstergesi yaşam beklentisidir. Yaşam beklentisi tanımı gereği ölümlerden hareket edilerek ölçülmeye çalışılır. Dolayısıyla hastalıklar ve sakatlıkların etkilerini yansıtmaz. Bu nedenle ölümler yanında hastalıklar ve uzun veya kısa süreli

sakatlıkları da içeren sağlıklı yaşam beklentisi (Healthy Life Expectancy- HALE) göstergesi kullanılmaktadır(Murray&Frenk,1999)

1.2.1.2. Cevap verebilirlik

Günümüzde ulusal sağlık sistemlerinin iyi bilinen temel bir hedefi olan cevap verebilirlik DSÖ tarafından yayınlanan tartışma belgesinde, “kurumlar ve kurumsal ilişkilerin, bireylerin evrensel olarak meşru beklentilerine uygun şekilde duyarlı olacak şekilde tasarlanması ve hastaların yeterli ve zamanında bakım haklarının korunması” olarak ele alınmaktadır (daSilva, 2000). Cevap verebilirliğin kavramsal olarak iki yönü bulunmaktadır (Mirzoev&Kane, 2017). Birincisi, tüm bireylerin ağılık sistemi unsurlarından (örneğin hizmet sunucular, yöneticiler ve politika yapıcılar) kendilerine nasıl davranılması gerektiği ile ilgili beklentilerdir. Bu beklentilerin, bireylerin sağlık sistemi ile ilgili etkileşimleriyle gelişir ve hizmetlere erişim, hizmet kalitesi, saygı görme, insan haklarının gözetilmesi (Valentine ve dig, 2003) güven gibi sağlığa ilişkin sosyopolitik toplumsal görüşler tarafından şekillendirilir. İkincisi, başlangıçtaki beklentiler tarafından şekillendirilen etkileşim sürecinin kendisidir. Birey ve sağlık sistemi arasındaki etkileşimler, bireylerin deneyimleri deneyimlerini oluşturur. En belirgin etkileşim süreci sağlık hizmetlerinden yararlanılması esnasında gelişir.

Sağlık sistemlerinin toplumun beklentilerine verdiği yanıt, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi de dâhil olmak üzere, tüm süreçler, kurumsal ve örgütsel düzenlemeler tarafından şekillendirilmektedir. Sağlık sistemleri içinde üç grup aktör ayırt edilebilir. Birincisi, hizmet sağlayıcılar, sağlık hizmeti sunumu yoluyla, tipik olarak insanlar ve sağlık sistemi arasındaki etkileşimin ön saflarında yer alır. İkincisi, seçilmiş politika yapıcılar ve politikacılar, temel siyasi öncelikleri belirleyerek sistem gelişiminin genel yönünü tanımlarlar. Üçüncüsü, yöneticiler ve idareciler, tipik olarak standartları ve normları belirleyerek ve örneğin hizmet sunumuna rehberlik eden süreçler oluşturarak belirlenen önceliklere ulaşmaya çalışırlar. Bu aktörler arasındaki ilişkiler, sağlık sistemlerinin hesap verebilirliğini şekillendirir ve nihayetinde sistemin insanların beklentilerine duyarlı olup olmadığını belirler (Mirzoev&Kane, 2017).

Cevap verebilirlik sıklıkla hasta memnuniyeti ile karıştırılmaktadır. Çok sayıda çakışan yönleri olsa da, cevap verebilirlik ve kalite-hasta tatmini kavramları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar şu şekilde özetlenebilir (daSilva, 2000):

1. Kapsam: Hasta tatmini belirli bir sağlık kurumunda gelişen klinik etkileşimler üzerinde odaklanırken, cevap verebilirlik bir bütün olarak sağlık sistemini ele alır.
2. Derinlik (range): Hasta tatmini tıbbi ve tıbbi olmayan boyutları ele alırken, cevap verebilirlik sağlık sisteminin sağlıkla ilgili olmayan boyutunu içerir.
3. Mantık: Hasta tatmini bireysel beklentiler, algılanan ihtiyaçlar ve kişisel deneyimler karmasını temsil ederken, cevap verebilirlik bireylerin sağlık sistemi beklentilerini evrensel meşru beklentilere (insan hakları) göre değerlendirir.

1.2.1.3. Finansal koruma

Sağlık hizmeti ihtiyacı en az öngörülebilir, ancak aynı zamanda ortaya çıktığında bir aile için en büyük finansal şoklara yol açan bir durumdur. Bireyleri sağlık harcamaları yapmaya zorladığı kadar, işgücü veya çalışma hayatına katılamamadan kaynaklanan gelir kaybı problemi yaşamasına da yol açabilmektedir(Grepin ve dig, 2019). 133 ülkeden elde edilen anket verileri, 2010 yılında yaklaşık 808 milyon insanın yıkıcı sağlık harcamaları yaşadığını yaklaşık 97 milyon kişinin ise sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşma yaşadığını ve milyonlarca insanın da, hizmet satın alamadığı için karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı yaşadığını göstermektedir (Wagstaff ve dig, 2017)

Sağlık harcamalarıyla ilişkili finansal risklerden korunma, birçok düşük gelirli ve orta gelirli ülkede ulusal sağlık stratejilerinin önemli bir bileşeni olarak ortaya çıkmaktadır. DSÖ'nün 2000 Dünya Sağlık Raporunda sağlık sistemlerinin performansının bir boyutu olarak finansal risk koruması gündeme getirilmiştir. İnsanları sağlık hizmeti almanın finansal risklerinden korumak, çok önemli bir sağlık sistemi hedefidir. Etik ve sosyal bir zorunluluk olarak, sağlık hizmetlerinde finansal risk koruması Birleşmiş Milletler (BM) Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin (SDG'ler) bir bileşeni haline gelmiştir. Bu hedef 2030 yılına kadar tüm vatandaşların etkili sağlık hizmetlerinden finansal sıkıntılar yaşamadan yararlanmasını içermektedir (Rahman ve dig. 2022).

Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Tıbbi Yoksullaşma, uluslararası raporlarda ve uluslararası literatürde finansal risk korumasını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan iki göstergedir. Her ikisi de sağlık harcamalarının neden olduğu mali sıkıntıyı ölçer: ilki sağlık harcamalarının nispeten büyük boyutunu vurgular ve ikincisi zorluğun yoksulluğa düşmedeki etkilerini yakalar. Spesifik olarak, katastrofik sağlık harcamaları, bir hanenin cepten yapılan sağlık harcamalarının (üçüncü bir tarafça yapılan geri ödeme hariç) ödeme kapasitesini aştığı anlamına gelir. Yoksullaşma, bir hanenin tüketim harcamasının toplamda yoksulluk sınırının üzerinde olduğu, ancak sağlık harcamaları düşüldükten sonra yoksulluk sınırının altında olduğu anlamına gelir (Li ve diğ, 2023).

Finansal koruma amacı, sağlık sistemlerinin, insanların ihtiyaç duyabilecekleri sağlık hizmetlerini kullanmalarını sağlama yanında, onların hizmetlerden yararlanırken olumsuz mali sonuçlara karşı korunmasıyla ilgilidir. Finansal koruma sağlık hizmetlerine erişimde maddi sıkıntıların olmaması, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bireylerin yetersiz beslenme veya yetersiz eğitim gibi sonuçlarla karşılaşmamasıdır (Seksana ve diğ, 2014).

1.2.2. Araçsal amaçlar

Araçsal amaçlar, nihai hedeflere aracılık eden sonuçlar olarak görülebilir. Başlıca araçsal amaçlar aşağıda açıklanmıştır.

1.2.2.1. Erişim

Sağlık sistemi performansının bir diğer göstergesi sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişimin sağlanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin, özellikle toplumdaki en savunmasız ve dışlanmış kesimler için evrensel sağlık kapsamının merkezinde yer aldığını belirtmiş, ekonomik, coğrafi, epidemiyolojik veya kültürel engeller nedeniyle çok sayıda bireyin ihtiyaç duyduğu bakıma erişemediğini raporlamıştır. Dünya nüfusunun en az %50'sinin temel sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla yararlanamadığı görülmektedir. Bu noktada Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetlerine erişimin kademeli olarak genişletilmesi

amacıyla kanıta dayalı çözümler sunmak için ülkelerle birlikte çalışmalar yapmakta ve mümkün olan en yüksek kalitede bakım sağlamaya çaba göstermektedir (WHO, 2025c).

Eşit sağlık hizmetine erişimin sağlanması küresel bir zorluktur (Dawadi ve dig., 2024). 1990-2019 yılları arasında 204 ülke ve bölge için Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kalite İndeksi'nin genel ve belirli yaş gruplarına göre performansının değerlendirildiği bir çalışmada, düşük sosyodemografik indeks seviyesindeki ülkelerde indeks ortalama puanının 30,7 iken yüksek sosyodemografik indeks seviyesindeki ülkelerde indeks ortalama puanının 83,4 olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda, genç yaş grubu için sağlık hizmetlerine erişim ve kalite indeksi puanlarının yüksek olduğu ancak yetişkinler ve yaşlı nüfus için sağlık hizmetlerine erişim ve kalitenin iyileştirilmesi gerektiği tespit edilmiştir (GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2022).

Avustralya'da ihtiyaç kapsamında mental sağlık hizmetlerine erişim durumunun eşitlikçi bir yaklaşım kapsamında üç ulusal veri seti kullanılarak değerlendirildiği çalışmada, dezavantajlı bölgelerde yaşayan bireylerin mental sağlık hizmetlerine erişimde ciddi sorunlar olduğu görülmüştür (Dawadi ve dig., 2024). Fas'ta evrensel sağlık kapsamına ve sağlık hizmetlerine erişime yönelik eğilimin analizinin yapıldığı bir çalışmada, sosyal güvence kapsamında olan bireylerin daha yüksek sağlık hizmetlerine erişim fırsatı olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kentsel alanda yaşayan bireylerin, kadınların ve daha yüksek yaşam standartlarına sahip olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişmeye daha yatkın olduğu bulunmuştur (Bouzaidi ve Ragbi, 2024). Avustralya'nın kırsal ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin mevcut durumu ve erişilebilirliğinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede, erişim engelleri arasında; liderlik ve yönetim eksikliklerinin, modern bakım yöntemlerine uyumun düşük olmasının, işgücü planlaması ve kaynak kullanım sorunlarının, yanlış risk algısı ve toplum katılım eksikliğinin bulunduğu tespit edilmiştir (Baazeem ve dig., 2024).

2015-2024 yılları arasındaki dönemde, sağlık hizmetlerine yetersiz erişimi ile düşük hizmet kalitesi nedeniyle ortaya çıkan ölümlerin küresel yükünün karşılaştırıldığı bir çalışmanın sonuçları, sağlık hizmetlerine erişimin artmasıyla birlikte erişime bağlı ölümlerin azaldığı ancak bakım kalitesindeki eksiklikler nedeniyle önlenebilir ölüm oranlarının yükseldiğini göstermiştir. Bu durum erişimle birlikte kaliteden ödün vermeden sağlık hizmetlerinin sunulması gerektiğine vurgu yapmaktadır (Kumah, 2025).

Kırsal alanlarda yaşayan bireylerin temel sağlık hizmetlerine erişimini iyileştiren faktörlerin incelendiği bir sistematik derleme çalışmanın sonucunda; toplum sağlığı programları veya toplum odaklı müdahalelerin, okul temelli sağlık hizmetlerinin, öğrenci liderliğindeki sağlık hizmetlerinin, mobil kliniklerin, aile sağlığı programlarının, tele-tıp uygulamalarının, geleneksel sağlık uygulayıcıları ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği halinde çalışmanın etkili olduğu belirtilmiştir (Gizaw ve dig., 2022).

Türkiye’de 81 ilin sağlık hizmetlerine erişim durumunun değerlendirildiği bir çalışmada, bazı illerde yaşayan bireyler daha yüksek erişim düzeyine sahipken bazı illerde yaşayan bireylerin daha düşük erişim olanağına sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmada özellikle coğrafi eşitsizliklerin giderilmesine yönelik politik düzenlemelerin yapılmasına vurgu yapılmıştır (Gözlü ve Tatlıdil, 2015).

1.2.2.2. Kapsayıcılık

Evrensel sağlık kapsayıcılığı, birçok insanı yoksullaştırıcı sağlık harcamalarından kurtarmak ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizliği gidermek için önemli bir yoldur (Arhin ve dig., 2023). Birleşmiş Milletler sürdürülebilir kalkınma amaçlarından biri (Hedef 3.8) 2030 yılına kadar evrensel sağlık kapsayıcılığını yaygınlaştırmaktır. Evrensel sağlık kapsayıcılığı sayesinde bütün bireylerin ihtiyaç duydukları geliştirici, önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleriyle birlikte palyatif bakım hizmetlerine, finansal bir sıkıntıya maruz kalmadan ulaşabilmeleri hedeflenir. Dünya Sağlık Örgütü’nün temel hedeflerinden biri küresel ölçekte evrensel sağlık kapsayıcılığını iyileştirmektir. Kapsayıcılık dil, din, ırk, coğrafi bölge farkı gözetmeksizin bütün bireylerin ihtiyaç duydukları kaliteli sağlık hizmetlerinin tamamına, ihtiyaç duydukları zaman ve yerde, mali sıkıntı çekmeden erişebilmeleri anlamına gelir. Kapsayıcı sağlık hizmetleri için ülkeler sağlık politikalarında özellikle temel sağlık hizmetlerine öncelik vermelidir. Bu sayede toplumun bütün ihtiyaçlarının belirlenmesi, önceliklendirilmesi, güçlü ve donanımlı bir sağlık işgücünün olması, acil durumlara hazırlanma ve müdahale etme konusunda toplum katılımının sağlanması ve hizmetlerin entegre bir şekilde sunulması önemlidir (WHO, 2025b). Özellikle kırılğan sağlık sistemlerine sahip ülkelerde, daha dayanıklı sağlık sistemleri inşa etmek ve sağlık sistemlerinin performansını iyileştirmek amacıyla stratejik destek yoluyla halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmelidir (WHO, 2025b).

Evrensel sağlık kapsayıcılığı indeksi 2000 ile 2021 yılları arasında 45'ten 68'e yükselmiştir ancak kapsamı artırmada son dönemde kaydedilen ilerleme 2015 yılı öncesi kazanımlara kıyasla yavaşlamıştır. 2015 ile 2021 yılları arasında indeks puanı yalnızca 3 artış göstermiş ve 2019'dan bu yana herhangi bir değişiklik görülmemiştir. Temel sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun oranı 2000 ile 2021 yılları arasında yaklaşık %15 azalırken, 2021 yılında yaklaşık 4,5 milyar insanın temel sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanamadığı görülmüştür. Dünya genelinde yaklaşık 2 milyar birey finansal sıkıntılarla karşı karşıya olduğu için katastrofik düzeyde cepten sağlık harcamaları yapmak zorunda kalmakta ve 344 milyon insan sağlık maliyetleri nedeniyle aşırı yoksulluğa sürüklenmektedir (WHO; 2025b). 22 Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkesinde evrensel sağlık kapsayıcılığına yönelik yapılan çalışmaların değerlendirilmesi amacıyla yürütölen bir araştırmada, 2021 yılı evrensel sağlık kapsayıcılığı indeksinin 48,2 (Somali) ile 90,3 (Birleşik Arap Emirlikleri) arasında değiştığı, düşük gelirli ve yüksek gelirli ölkeler arasında önemli farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir. Hizmet kapsamı Orta Doğu ve Kuzey Afrika ölkelerinin çoğunda finansal korumanın gerisinde kalmıştır. Çalışmada, evrensel sağlık kapsayıcılığı ile sağlık harcamaları/yatırımları arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur (Alshehari ve diğ., 2024). Arhin ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında seçilen 30 ölkenin sağlık sistemi verimliliği analiz edilmiş ve düşük gelirli ölkeler için evrensel sağlık kapsayıcılığı indeksi daha düşük bulunmuştur (en düşük %52 ile en yüksek %81). Aynı çalışmada evrensel sağlık kapsayıcılığının sağlık harcamalarıyla pozitif bir ilişki gösterdiği, eğitim, yönetim kalitesi, kamu sağlık harcamaları, harici sağlık finansmanı ve sağlık için fonları bir araya getiren ön ödeme düzenlemelerinin evrensel sağlık kapsayıcılığını iyileştirmede sağlık sistemi verimliliği üzerinde olumlu ve önemli bir etkiye sahip olduğu, cepten ödemenin ise olumsuz bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Evrensel sağlık kapsayıcılığını artırmak amacıyla politika yapıcıların cepten yapılan ödemeleri ve sağlık hizmetlerinde bağışçı fonlarına aşırı bağımlılığı azaltmak amacıyla eğitimi, iyi yönetişimi ve sağlık finansman mimarisini iyileştirmeyi hedeflemesi gerektiği belirtilmiştir. Pakistan'da evrensel sağlık kapsayıcılığına yönelik yapılan uygulamaların etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, evrensel sağlık kapsayıcılığının 2007-2018 yılları arasında artış gösterdiği ancak düşük gelirli bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin devam ettiği tespit edilmiştir (Yang ve diğ., 2024). Dünya Sağlık Örgütü tarafından Güneydoğu Asya Bölgesinde evrensel sağlık kapsayıcılığı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin sağlık ile ilgili göstergelerine ulaşım durumunun değerlendirildiği bir çalışmada, ölkelerin sağlık hizmetleri ve

finansal koruma göstergelerinde ilerlemeler kaydedildiği ve insan kaynaklarının bu süreçte kritik bir rolü olduğu vurgulanmıştır (WHO, 2024). Konca (2024), Türkiye’de genel sağlık sigortasının doğumda beklenen yaşam süresi üzerindeki etkisini değerlendirmiş, sağlık harcamalarının kısa ve uzun dönemde doğumda beklenen yaşam süresi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif etkisi olduğu bulunmuştur. Cinaroglu (2024), Türkiye’de 2015-2019 yılları arasındaki sağlık sistemi reformlarının ödeme güçlüğü ve cepten ödeme eğilimleri üzerindeki etkilerini analiz etmiş; düşük gelirli gruplarda özellikle hastane ve ilaç giderleri nedeniyle eşitsizliklerin sürdüğünü tespit etmiştir. Yılmaz (2021), evrensel sağlık kapsayıcılığının Türkiye sağlık sistemi üzerindeki etkilerini hasta örgütlerinin bakış açılarını dikkate alarak nitel bir çalışmayla değerlendirdiği araştırmanın sonucunda teknik göstergelerle uygun olarak düşünülen sistemin, hasta deneyimleri açısından eksikliklerinin bulunduğu sonucuna ulaşmıştır.

Evrensel sağlık kapsayıcılığı, bireylerin sağlık hizmetlerine eşit, zamanında ve finansal engeller olmadan erişimini sağlamayı hedefleyen küresel bir önceliktir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, küresel sağlık kapsayıcılığının yalnızca sağlık sonuçlarını iyileştirmekle kalmayıp aynı zamanda finansal yıkımı azaltarak toplumsal eşitsizlikleri de azaltabileceğini göstermektedir. Buna karşın temel sağlık hizmetlerinden yararlanamayan birey sayısının halen oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Türkiye’de de geçmişten bugüne kadar sağlık reformları ile bazı ilerlemeler kaydedilmiş olmakla birlikte, özellikle düşük gelirli gruplarda hizmetlere erişim ve finansal koruma noktasında bazı eşitsizlikler olduğu söylenebilir. Evrensel sağlık kapsayıcılığını iyileştirmek amacıyla politika yapıcılarının sağlık hizmetlerine erişim, kalite, maliyet ve kullanıcı deneyimini birlikte gözeterek kapsayıcı ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi inşa etmeleri büyük önem taşımaktadır.

1.2.2.3. Kalite

Sağlık sistemi performans göstergelerinden biri sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmet kalitesini; bireysel tercih, ihtiyaç ve değerlere cevap verebilen, hastalara zarar verilmemesini ve yarar sağlanmasını öncelikleyen kanıt temelli sağlık hizmetlerinin sunulması olarak tanımlamaktadır (WHO, 2018). Amerika Birleşik Devletleri Tıp

Enstitüsü (Institute of Medicine) sağlık hizmet kalitesini, bireylere ve toplumlara yönelik sağlık hizmetlerinin istenilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma derecesi ve güncel mesleki bilgiyle tutarlılığı şeklinde tanımlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmet kalitesinin altı boyutu olarak tanımlanan; bakımın güvenli, etkili, hasta merkezli (insan odaklı), zamanında, verimli ve eşitlikçi olması gerekmektedir. Bakımın etkili olması, ihtiyaç duyanlara kanıta dayalı sağlık hizmetleri sunmayı; güvenli olması, bakımın sunulmasının amaçlandığı bireylere zarar verilmemesini; hasta merkezli olması, bireysel tercihlere, ihtiyaçlara ve değerlere yanıt veren bakımın sağlanmasını; zamanında sunulması, gerek bakım alanlar gerekse bakım verenler açısından bekleme sürelerinin azaltılarak zamanın verimli kullanılmasını; eşitlikçilik, yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, coğrafi konum, din, sosyoekonomik durum, dil veya siyasi bağlılık nedeniyle kalite açısından farklılık göstermeden bakım sunulmasını; entegre olması, hizmet sunum basamakları arasında koordineli bir bakımın sunulmasını ve son olarak verimlilik, mevcut kaynakları üst düzeyde fayda elde edecek şekilde kullanmayı ve israfı önlemeyi ifade etmektedir (Institute of Medicine, 2001; WHO, 2018). Günümüzde ülkeler kaliteli sağlık hizmeti sunumuna öncelikli politikalar arasında yer vermek durumunda kalmışlardır. Özellikle ağırlıklı olarak kamu mülkiyetinde sunulan sağlık hizmetlerine duyulan güven ve inancın artırılması, etkili, güvenli ve birey merkezli sağlık bakım uygulamalarının ağırlık kazanması, evrensel sağlık kapsayıcılığına doğru bir yönelimin olması, kaliteli sağlık hizmetlerine öncelik verilmeden hedeflenen toplum sağlığı çıktılarına erişimin mümkün olamayacağının farkına varılması, küresel ölçekte salgın ve acil durumlara karşı etkili hazırlık için güvenilir hizmetlerin kritik önem kazanması, şeffaflık ve hesap verebilirlik için artan kamu talebiyle birlikte halkın, medyanın ve sivil toplumdan beklentilerin daha yüksek sesle dile getirilmesi gibi nedenler kaliteli sağlık hizmetlerinin önem kazanmasına neden olmuştur. Kaliteye yönelik ulusal çabaların nedenleri ülkeler arasında farklılık gösterse de sağlık hizmet kalitesiyle ilgili politika ve stratejiler geliştirilirken veya iyileştirirken ortak sorunlarla karşılaşabilir. Ulusal kalite politikası ve stratejisi, bir ülkenin bakım kalitesinin iyileştirilmesini teşvik etmek ve planlamak için yürüttüğü organize çabaların bütünü şeklinde tanımlanmaktadır. Kalite stratejisi ise kalite planlama, kontrol ve iyileştirmeyi içeren kalite yönetim prensiplerini kullanarak sağlık sisteminin sağlık hedeflerine ve önceliklerine ulaşmasını hızlandırmaya yardımcı olan bir köprü niteliği taşımaktadır. Bu alanda başarılı olabilmek için kamu kurumlarıyla birlikte özel sektör, yerel yönetim birimleri ve akademi gibi sektörlerle iş birliği halinde çalışılmalıdır (WHO, 2018). Rekabetin yoğun ve kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda sağlık sistemlerinde

hedeflenen çıktıları ulaşabilmek amacıyla aşağıda belirtilen unsurlara özen gösterilmelidir (WHO, 2018):

- Kilit karar vericileri ve politika etkileyicilerini belirlemek ve onlarla etkileşim kurmak
- Kanıta dayalı iyi uygulama örnekleriyle etki potansiyelini genişletmek
- Multidisipliner ve sektörler arası iş birliği çalışmalarına ağırlık vermek
- Toplumu sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlayacak kanıt temelli politika ve stratejiler geliştirmek
- Sağlıkla ilgili stratejik planların ve sağlık bütçelerinin belirlenmesi esnasında kaliteli hizmet sunumuna odaklanmayı sağlayacak düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlamak.

Ulusal düzeyde sağlık bakım hizmetli kalitesinin iyileştirilebilmesi ve sürdürülebilmesi amacıyla kurumsal düzeyde bir kalite kültürünün oluşturulması gerekir. Kalite kültürü, açık ve katılımcı bir çalışma ortamı yaratan, fikirlerin ve iyi uygulamaların paylaşıldığı, eğitim ve araştırmaya önem verilen, suçlama ve cezalandırmaların istisnai olarak kullanıldığı bir organizasyon şeklinde tanımlanmıştır. Bu bağlamda kültürün sadece bir araç olmadığı, sürekli iyileştirmenin benimsendiği, yöneticilerle çalışanların iyileştirme süreçlerine aktif olarak katıldığı ve ortak kalite hedefleri doğrultusunda davranış ve tutum değişikliklerinin benimsendiği bir değişim aracı olduğu söylenebilir. Yüksek güvenilirlik klinik, idari ve diğer destekleyici ekip üyelerinin her düzeyde aktif olarak iletişim kurması, birbirlerini desteklemesi ve birbirlerinin uzmanlıklarına güvenmesiyle ortaya çıkan disiplinler arası iş birliğine dayanır. Özellikle standardizasyonun, sürekli süreç iyileştirmenin, sonuçların (çıktıların) etkin takibinin, kolektif hedefler belirlemenin, sürekli öğrenme kültürünün ve etkin bir liderlik anlayışının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Güvenilir bir kaliteli bakım kültüründe, bakım ekibindeki herkes hasta güvenliğini sağlama, hataları en aza indirme ve sonuçları optimize etme konusunda kaizen olarak adlandırılan sürekli iyileştirme için kapsamlı ve sistematik bir yaklaşıma kendini adanmıştır. Kültür, açık iletişime, hesap verebilirliğe ve kaçınılmaz olarak meydana gelen hatalardan ders çıkarmaya öncelik verir (Mlaver ve Sweeney, 2024). Yüksek güvenilirliğe sahip kuruluşların aşağıda belirtilen beş temel özelliği olduğu belirtilmiştir (Sanchez ve Barach, 2012):

- Başarısızlıklara açık olma: Kurumda yaşanan her bir advers olayın veya hatanın sistem kaynaklı bir kusur olduğunu kabul ederek, İsviçre peyniri modelinde belirtilen şekilde bariyerleri aşarak hataya neden olan her bir nedenin araştırılması, hiçbir olayın önemsiz olmadığının kabul edilmesi gerekir.
- Operasyonlara karşı hassasiyet: İş akışlarındaki farklılıklar konusunda karşılıklı anlayışın sağlanabilmesi amacıyla ekipler arasında sürekli etkileşim ve koordineli bilgi alışverişi olmalıdır.
- Aşırı basitleştirmeye karşı isteksizlik: Karmaşık sistemlerin öngörülemez şekilde ayrıntılı olabileceğinden hareketle yüksek güvenilirliğe sahip kurumlarda çalışanlar sürecin sadeleştirilmesini destekleyen gereksiz adımların ortadan kaldırılmasına karşı direnç gösterebilirler. Uygulamada esas olan hasta güvenliğini sağlayan kusursuz önlemlerden taviz verilmeden verimliliğin artırılmasıdır.
- Dirençliliğe bağlılık: Yüksek güvenilirliğe sahip organizasyonların temel ilkelerinden biri değerlerini sürdürmeye gösterdikleri dirençle bağlıdır. Bu tür kurumlar, hataların büyümesini engellemek, uygulamalarda istikrarsızlıkları en aza indirmek ve geri dönüşü zor durumların önüne geçmek konusunda yüksek düzeyde hassasiyet gösterirler.
- Uzmanlığa, unvandan daha fazla önem verme: Yüksek güvenilirliğe sahip kuruluşlarda karar alma ve müdahale süreçleri, hiyerarşik pozisyonun ziyade, alanında yeterli düzeyde bilgi ve beceriye sahip kişiler tarafından yürütülmektedir.

Güçlü bir kalite liderliği; paylaşılan bir vizyonu teşvik eder, net beklentiler oluşturur, güvenlik ve kaliteye öncelik verir, açık kapı politikasını ve geri bildirimi teşvik eder, profesyonel büyüme ve gelişim fırsatlarını yakalar, iyileştirme alanlarının belirlenmesi amacıyla kanıta dayalı uygulamaları kullanır, düzenli denetimlerin ve izleme sistemlerinin uygulanmasını sağlar (Mlaver ve Sweeney, 2024). Etkili ekip çalışması ve iletişim güvenilir bir kaliteli bakım kültürünün kilit faktörleridir.

Sağlık sistemi performansının kanıtlarından biri olan kaliteli hizmet sunumunun değerlendirilmesi amacıyla bazı performans göstergeleri belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre küresel ölçekte her yıl toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %20-40'ı verimsizlik nedeniyle israf edilmektedir (Ahmed ve dig. 2019). En büyük harcamaların yapıldığı sağlık kurumları hastanelerdir (Buathong ve dig., 2017). Hastaneler küresel olarak

maliyet artışları, verimlilik problemleri, artan rekabet ve hizmet alıcıların beklentilerinin artması nedeniyle hizmet performanslarını daha dikkatli bir şekilde takip etmek durumundadır (Amos, 2022). Bu sonuç hizmet verimliliği ve kalitesini iyileştirmek amacıyla sağlık hizmet performansının takibini gerekli kılmıştır ((Mesabbah and Arisha, 2016). The European Foundation for Quality Management (EFQM) Quality Award, Balanced scorecard, Customer performance measurement system, Hospital-acquired infections (HAIs) performance measurement frameworks, FM value-added model bu amaçla geliştirilen performans ölçüm modellerinden bazılarıdır (Amos, 2022).

Yukarıda belirtilen durumlara ek olarak sağlık hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla ulusal ve uluslararası çerçevede kalite ve akreditasyon standartları geliştirilmiştir. Türkiye’de sağlık hizmet kalitesi ile ilgili standartların belirlenmesi, uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı ile Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü kurulmuştur. Türkiye sağlıkta kalite sisteminin temel amacı, sağlık hizmetlerinin etkin, etkili, verimli ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sunulması, hasta ve çalışan güvenliği ile birlikte kaliteli hizmet sunumunun önemli bileşenlerinden biri olan hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır. Türkiye sağlıkta kalite sistemi programı kapsamında; sağlıkta kalite standartları, göstergeler, sağlıkta kalite değerlendirmeleri ve klinik kalite ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Standartlar ve göstergeler sayesinde sağlık hizmet sunumunun ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Standart setler ve göstergeler, uluslararası standartlar, kanıta dayalı çalışmalar ve Bakanlık öncelikleri dikkate alınarak hazırlanmaktadır. Hizmet çıktılarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan göstergeler sağlıkta kalite standartları göstergeleri ve klinik kalite göstergeleri olarak iki farklı şekilde takip edilmektedir. Standart set ve göstergelere uyum durumunun değerlendirilmesi amacıyla Bakanlık tarafından eğitilen sertifikalı değerlendiriciler kurumlarda yerinde değerlendirme yaparak standartlara ve göstergelere uyum durumunu takip etmekte ve iyileştirmeye açık alanların belirlenerek sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

1.2.2.4. Hasta güvenliği

Sağlık sisteminin performans göstergelerinden bir diğeri hasta güvenliği uygulamalarıdır. Hasta güvenliği kaliteli sağlık hizmeti sunumunun parametrelerinden biri olup günümüzde giderek büyüyen bir küresel halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Sağlık sistemlerinin zamanla karmaşılaşan ortamlarında sağlık hizmetlerinin küresel manzarası değışmiş, yeni tedaviler, teknolojiler ve bakım modelleri terapötik potansiyele sahip olabilirken, aynı zamanda güvenli bakıma yönelik yeni tehditler de oluşturmaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerinde risklerin ve önlenabilir zararların oluşumunu sürekli ve sürdürülebilir şekilde azaltan, hata olasılığını düşüren veya hata oluştuğunda etkisini azaltan süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar yaratan organize faaliyetler şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2025a). İstenmeyen olayların sağlık hizmeti sunumunun bütün seviyelerinde meydana gelebildiğı, genellikle hasta zararına yol açabilecek ve aşağıda belirtilen birden fazla ve birbiriyle ilişkili faktörün neticesinde ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (WHO, 2025a):

- Sistemsel ve örgütsel faktörler: Tıbbi müdahalelerin karmaşıklığı, yetersiz süreç ve prosedürler, iş akışında ve bakım koordinasyonunda kesintiler, kaynak kısıtlamaları, personel yetersizliği, liyakat eksikliği
- Teknolojik faktörler: Elektronik sağlık kayıtları veya ilaç uygulama sistemleriyle ilgili sorunlar ve teknolojinin kötüye kullanımı gibi sağlık bilgi sistemleriyle ilgili sorunlar
- İnsan kaynaklı faktörler: Sağlık profesyonelleri ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim kopukluğu, etkisiz ekip çalışması, yorgunluk, tükenmişlik ve bilişsel önyargı
- Hasta ile ilgili faktörler: Sınırlı sağlık okuryazarlığı, bakım ve tedavi süreçlerine yeterli düzeyde katılım sağlamama ve tedaviye uyumsuzluk
- Dış etkenler: Politikaların eksikliği, tutarsız düzenlemeler, ekonomik ve finansal baskılar ve doğal çevreyle ilgili zorluklar

Tıbbi hata ve advers olayların büyük bir kısmı önlenabilir nitelik taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü her yıl güvenli olmayan bakım nedeniyle çok sayıda kişinin hayatını kaybettiğini, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranların çok daha yüksek olduğunu belirtmiştir. İstenmeyen olaylara bağılı hasta zararının, dünya çapında ölüm ve sakatlığın önde gelen 10 nedeni arasında

yer aldığı, bu ölümlerin ve yaralanmaların çoğunun önlenabilir nitelik taşıdığı, hastaneye yatışı yapılan her 10 hastadan yaklaşık birinin zarar gördüğü ve bunların en az %50'sinin önlenabilir olduğu bildirilmektedir. Önlenabilir hasta zararına yol açabilen ve en sık yaşanan advers olaylar arasında; ilaç hataları, güvenli olmayan cerrahi işlemler kaynaklı zararlar, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar, teşhis hataları, hasta düşmeleri, basınç ülserleri, kimlik doğrulama kaynaklı hatalar, güvenli olmayan kan transfüzyonu ve venöz tromboembolizm yer almaktadır (WHO, 2025a).

Tıbbi hata kaynaklı hasta zararları dünya çapındaki sağlık bakım sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Tıbbi hatalardan etkilenen hastaların ve ailelerinin kapasite ve üretkenlik kaybına yol açan maliyetinin her yıl trilyonlarca dolar olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2025a). Güvenli olmayan bakımın bireyler, sağlık sistemleri ve toplumlar üzerinde önemli bir yük oluşturmaya devam ettiği, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu yükün çok daha fazla olduğu belirtilmiştir (Slawomirski ve Klazinga, 2022). Hastanede yatarak kalça, diz ve omurga cerrahisi geçiren hastalarda perioperatif olumsuz olaylara bağlı hastane harcamaları ve hastanede kalış süresinin değerlendirildiği retrospektif bir kohort çalışmasında, vakaların %30'unda bir veya daha fazla advers olay yaşandığı, advers olay kaynaklı ek maliyetlerin 9500 dolardan fazla olduğu, advers olay kaynaklı hastanede kalış süresinin yatış başına 4.7 gün olduğu bulunmuştur (Rampersaud ve dig., 2023). Fransa'da advers ilaç reaksiyonları nedeniyle hastaneye yatışların ekonomik yükünün değerlendirildiği bir çalışmada, ilaç kaynaklı advers olayların yıllık mali yükünün yaklaşık 1.3 milyar Euro olduğu, önlenabilir advers reaksiyonların ayrı ayrı 155 milyon Euro düzeyinde ekonomik yük getirdiği tespit edilmiştir (Laroche ve dig., 2025). Almanya'da nosokomiyal enfeksiyonların ekonomik yükünün değerlendirildiği bir çalışmada, enfeksiyon gelişen hastaların hastanede yatış sürelerinin uzadığı, nosokomiyal enfeksiyonların başarılı bir şekilde önlenmesi durumunda hastanede kalış süresinin potansiyel olarak 3 ila 5 gün azalabileceği, nosokomiyal enfeksiyon başına hastane gelirinin günlük 120 ila 200 pound artabileceği ve nihai durumda ortaya çıkan fırsat maliyetinin önlenabilir vaka başına potansiyel olarak 1.000 poundu aşabildiği tespit edilmiştir (Asegu ve dig., 2024). İsveç'te kalça kırığı hastalarında hastane kaynaklı enfeksiyonları bundle programları kullanarak azaltmak amacıyla yapılan bir araştırmada, hasta başına 7.334 İsveç Kronu tasarruf sağlandığını ve maliyet-etkinlik elde edildiği tespit edilmiştir (Jabbar ve dig., 2025).

Japonya’da pediatrik yatan hastalarda önlenabilir advers olayların hastanede kalış süresi ve sağlık bakım maliyetleri üzerindeki yükünün değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %3,4’ünün önlenabilir advers olay yaşadığı, advers olayların yatış süresini 14.1 gibi önemli ölçüde artırdığı, Japonya’da önlenabilir advers olayların yıllık maliyetinin ekstra 329.676.760 dolar olduğu bulunmuştur (Iwasaki ve dig., 2021). Brezilya’daki kamu hastanelerinde yetişkin hastalarda sağlık bakımıyla ilgili önlenabilir advers olayların görülme sıklığının analiz edildiği bir çalışmada, advers olay insidansı %15,7 olarak bulunmuştur. En fazla yaşanan advers olaylar arasında sağlık bakım hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar (%47,1) ve prosedürlere uyum (%24,5) yer almıştır. Advers olay şiddeti açısından değerlendirildiğinde; olayların %13,7’sinin hafif, %51’inin orta ve %35,3’ünün şiddetli olarak değerlendirildiği ve advers olayların %99’unun önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. Acil servise başvuran hastalarda advers olay riski 3,73 kat daha yüksek bulunmuştur (Lima Júnior ve dig.,2023). Miller ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında, advers olay kaynaklı ortalama ek kalış süresi 10.7 gün, maliyet farkı yaklaşık 13,442 dolar olarak hesaplanmıştır.

Küresel ölçekte hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek amacıyla 72. Dünya Sağlık Asamblesinde “Hasta güvenliği konusunda küresel eylem” konulu bir karar kabul edilerek her yıl 17 Eylül’ün “Dünya Hasta Güvenliği Günü” olarak kutlanması kararı alınmıştır. Temel amaç hasta güvenliğinin küresel bir sağlık önceliği olduğu yönündeki farkındalığı artırılmasıdır (WHO, 2025a). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği adına sürdürülebilir iyileştirmelerin sağlanması amacıyla aşağıda belirtilen düzenlemelerin yapılması önerilmiştir (WHO, 2025a):

- Etkin bir liderlik anlayışının benimsenmesi, liderliğin hasta güvenliğine bağlılığını sağlamak ve güvenliğin önceliklendirildiği bir kültür yaratmak
- Güvenli bir çalışma ortamının ve klinik süreçlerin güvenliğinin sağlanması
- Politika ve prosedürlerin tanımlanması,
- Öncelikli iyileştirme alanlarının belirlenmesini sağlayacak veri toplama sistemlerinin kurulması
- Sağlık çalışanlarının yeterliliklerinin geliştirilmesi
- Ekip çalışması ve iletişimin iyileştirilmesi
- Nitelikli ve yetenekli sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi,
- Öğrenme ve sürekli iyileştirme için hasta güvenliği olay raporlama sistemleri kurulması

- Hasta ve ailelerinin politika geliştirme, araştırma ve ortak karar alma süreçlerine dahil edilmesi önerilmektedir.

Türkiye’de ulusal ölçekte son yıllarda hasta güvenliği konusuna öncelik verilerek 23 adet ulusal hasta güvenliği hedefi belirlenmiştir. Bunlar; güvenli doğum, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği, hasta düşmelerinin önlenmesi, malzeme ve cihaz güvenliği, tesis güvenliği, teşhiste hasta güvenliği, hastaların doğru tanımlanması, hastaların güvenli transferi, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlarla mücadele, ilaç güvenliği, kan güvenliği ve yönetimi, güvenli hasta devri, yenidoğan güvenliği, hasta bakımında güvenli hava yolu yönetimi, kardiyak arrest yönetimi, venöz tromboemboli ile mücadele, basınç yaralarının önlenmesi, nazogastrik tüp ve hasta güvenliği, hasta ve hasta yakını katılımı, yaşlı hastalarda deliryumla mücadele, hatalardan öğrenme, güvenli cerrahi olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2024).

1.2.2.5. Verimlilik

Verimlilik sağlık sistemi performansının değerlendirilmesinde kullanılan önemli performans göstergelerinden birini oluşturmaktadır. Hemen hemen tüm dünya örneklerinde verimlilik indikatörü temel performans indikatörleri arasında yer almaktadır. Verimlilik her ne kadar bir performans göstergesi olarak kullanılsa da aynı zamanda sağlık sisteminin kaynak temini işlevinin kolaylaştırılmasını da sağlamaktadır. Verimlilik artışı, atıl kaynakların azaltılmasına yani hizmet üretimi amacıyla kullanılmasına imkân tanıdığı için ilave kaynak sağlanmasını da kolaylaştırmaktadır. Sağlığa ayrılan kaynakların verimsiz kullanılması, bir yandan hizmet maliyetlerinin yükselmesine yol açmakta, diğer yünden de potansiyel sağlık kazanımlarının elde edilmemesine neden olmaktadır.(Arhin, K ve dig., (2023)).

1.3. Sağlık Sisteminin Performansının Önemi ve Performans Değerlendirme Amaçları

Kavram olarak performans değerlendirme, elde edilen sonuçların planlanan veya hedeflenen sonuçlara ne derece yaklaştığını ortaya koymak için yapılan veri tabanlı, analitik çalışmalar sistemi ve süreçleri olarak tanımlanabilir. OECD (2024) performans değerlendirme çalışmalarının yalnızca sağlık sistemi dönüşümlerini izlemekle kalmayıp aynı zamanda bütçe tahsislerini desteklemek ve sağlık sistemlerinde hesap verebilirliği, eşitliği ve verimliliği artırmak için gerekli verileri sağlayan "çok işlevli bir araç" olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sistemi performans değerlendirmesi sağlık sisteminin bütüncül olarak ele alındığı, sağlık sisteminin bütününe "sağlığının denetlendiği" ülkeye özgü süreçler olarak görülmektedir. Sağlık sistemi performans değerlendirmesi (HSPA), sağlık sistem stratejilerine dayalı olarak yüksek düzey sağlık sistemi hedeflerinin ne derece başarıldığını ölçer. Bütüncül bir performans değerlendirme sistemi, yalnızca bir dizi gösterge ve hedef kümesinden farklıdır; organize bir nicel ölçüm setine (performans göstergeleri) dayanır ve analitik araçları içerir. Kapsamları geniş ve dengelidir; belirli programlar, hedefler veya bakım seviyeleri yerine tüm sağlık sistemini içerir (WHO, 2012:3).

Sağlık sistemi performans değerlendirme çalışmalarının temel amaçları şu şekilde özetlenebilir (Smith, 2014):

- Sağlık sisteminin hedeflerini belirlemek ve önceliklerini saptamak,
- Sağlık sistemi içindeki faaliyetlerin eşgüdümlemesi ve politikaların belirlenmesi çalışmalarına zemin hazırlamak,
- Amaçlara ulaşma yönündeki ilerlemelerin ölçülmesini sağlamak,
- Diğer sağlık sistemleri ile karşılaştırma yapmak üzere temel oluşturmak,
- Yapılan harcamaları konusunda vatandaşlara ve diğer resmi kurumlara karşı şeffaflık ve hesap verebilirlik düzeyini yükseltmek.

Performans değerlendirme çalışmaları, sağlık sistemi içinde yer alan çeşitli aktörlere karar ve politika geliştirme süreçlerinde yardımcı olmaktadır. Performans değerlendirme

alışmalarının sonuçlarının çeşitli kullanıcı gruplarına sağladığı katkılar aŗaėıda sıralanmıŗtır (WHO, 2012:4):

- Hizmet kullanıcıları: Kullanıcı tercihlerini geliştirme ve kullanıcıların desteklenmesi (enpowerment)
- Profesyoneller: Performansı iyileştirme yönünde arayıŗlara girme
- Yönetim: Hizmetlerin daha iyi biçimde yönetsel kontrolünü sağlama
- Politikacılar: Kamu hizmetleri üzerinde daha iyi siyasi kontrol sağlama
- Vatandaşlar: Paranın değeri ve hesap verebilirlik sağlama
- Düzenleyiciler: Vatandaşlar adına daha iyi sonuçlar ortaya çıkarmak için hareket etme
- Araŗtırmacılar: Neyin iŗe yarayıp yaramadığını belirlemeye yardımcı olma

DSÖ sağlık sistemi performansı değerlendirme çalışmalarından elde edilen sonuçların kullanım alanlarını ŗu ŗekilde sıralamaktadır (WHO 2012:8-11):

- HSPA, sağlık sistemini güçlendirme öncelikleri konusunda paydaŗlar arasında ortak bir anlayıŗ ve vizyon oluŗturmak için kullanılır.
- HSPA, sistemin performansı hakkında bir referans kaynağı sağlayarak kanıta dayalı politika oluŗturma ve öncelik belirleme süreçlerini desteklemek için kullanılmaktadır.
- HSPA, sistemin performansı hakkında bir referans kaynağı sağlayarak kanıta dayalı politika oluŗturma ve öncelik belirleme süreçlerini desteklemek için kullanılmaktadır.
- HSPA, sağlık sistemi reformlarının ve ulusal sağlık stratejilerinin etkilerini izlemek ve gerekirse reformları ve stratejileri deėiŗtirmek için bir temel sağlamak amacıyla kullanılır.
- HSPA, sistemde verimlilik veya eŗitlikte iyileştirmelerin gerekli olduğu alanların anlaşılmasını teşvik etmek için kullanılır.
- HSPA, ikincil düzeylerde (eyalet, bölge ve yerel) performansı yönetmek ve ikincil sağlık otoritelerini ölçülebilir sonuçlar elde etme konusunda sorumlu tutmak için kullanılmaktadır.
- HSPA, sağlık sisteminde ŗeffaflıėı teşvik etmek için kullanılır.
- HSPA, mevcut veri tabanlarını kullanmak, bilgi boşluklarını tanımlamak ve veri erişimini ve mevcudiyetini artırmak için kullanılır.

OECD (2024) ise HSPA, politika yapıcılara iyileştirme alanlarını belirlemede, kaynak tahsisini optimize etmede ve temel politika hedeflerine ulaşılmasını değerlendirmede doğrudan yardımcı olur. Bu, güçlü, politika odaklı ve eyleme geçirilebilir bir amacı vurgular. HSPA, yalnızca sağlık sistemi dönüşümlerini izlemekle kalmayıp aynı zamanda bütçe tahsislerini desteklemek ve sağlık sistemlerinde hesap verebilirliği, eşitliği ve verimliliği artırmak için gerekli verileri sağlayan "çok işlevli bir araç" olarak tanımlanmaktadır. Bu, faydasını yalnızca raporlamanın ötesinde vurgulayarak, onu finansal kararları ve operasyonel iyileştirmeleri doğrudan etkileyebilecek sistemik değişimin etkinleştiricisi olarak konumlandırır.

2. SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANS DEĞERLENDİRME MODELLERİ

2.2. DSÖ Modeli

2000’li yıllardan itibaren sağlık yöneticileri ve sağlık politika yapıcıları, iyi sağlık sonuçları ortaya çıkaran, hastalıkları önleyen ve tüm bireyler için uygun maliyetle yüksek kaliteli bakım sağlayan yüksek performanslı sağlık sistemleri tasarlamak için çabalamaktadır (OECD, 2024).

Sağlık sistemi performansını kavramsallaştırmak ve değerlendirmek için ilk çerçeve 1999 yılında Murray ve Frenk (1999) tarafından DSÖ için geliştirilmiştir (Şekil 2.1). Bu, model sağlık sistemlerinin nihai hedefleri ile bu hedeflerin başarılmasını değerlendirmek için üç ölçütü (eşitlik, verimlilik ve kalite) içermektedir.

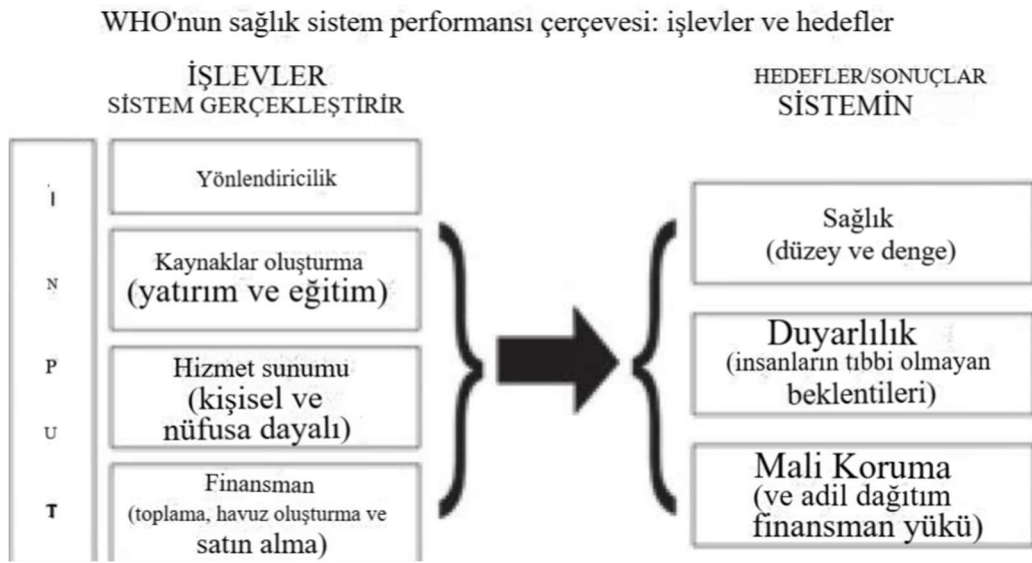
Şekil 2.1. Sağlık Sistemi Performans Modeli(WHO,2000)



Bu model 2000 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Raporu’nda sağlık sisteminin işlevleri ile ilişkilendirilerek gözden geçirilmiştir. 2000 yılında geliştirilen modelde (Şekil 2.2) sağlık sisteminin işlevleri (klavuzluk ve yönlendirme, kaynak yaratma, hizmet sunumu ve finansman)

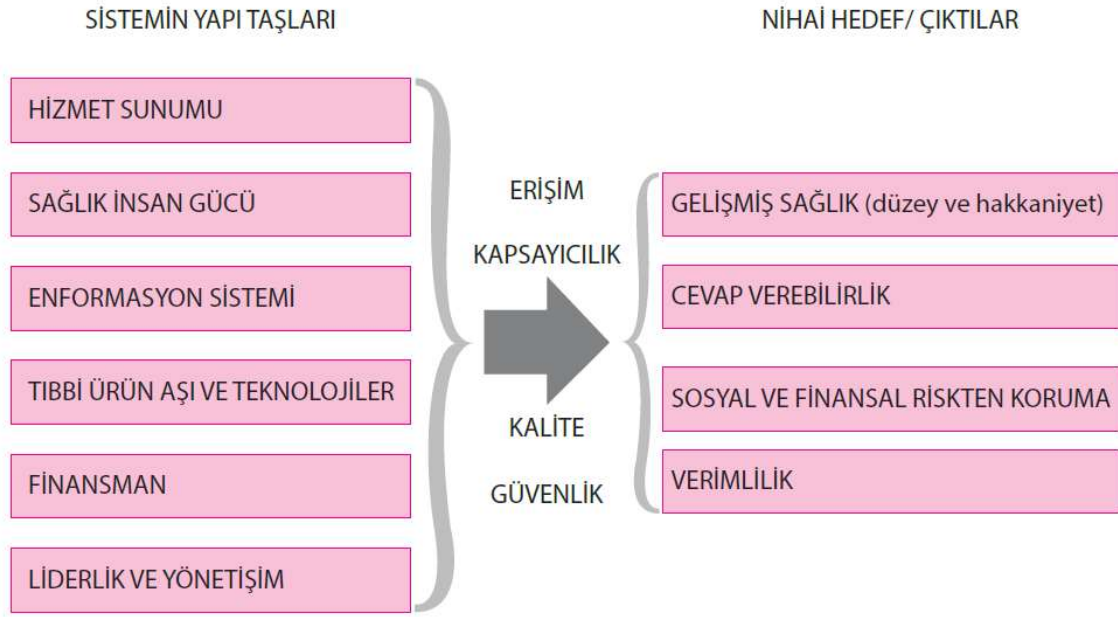
sistemin girdileri olarak ele alınmaktadır. Sistemin nihai hedefleri ise iyi sağlık, cevap verebilirlik ve finansal korumu şeklinde sabit tutulmuştur.

Şekil 2.2. DSÖ Sağlık Sistemi Performans Modeli(WHO,2007)



Yukarıda verilen iki temel model, 2007 yılında yeniden gözden geçirilerek, sağlık sisteminin yapı taşları modeli haline dönüşmüştür (Şekil 2.3). Yeni modelde eski modelde sağlık sisteminin işlevleri olarak yer verilen unsurlar, sistemin yapı taşları olarak tanımlanmıştır. Bu yapı taşları, bir sağlık sisteminin arzu edilen niteliklerini tanımlamaktadır ve bu niteliklerdeki eksiklikler veya boşluklar geliştirilmesi gereken alanları göstermektedir. 2007 çerçevesi, sadece sistemin hedeflerinin değil, aynı zamanda sistemin dayandığı yapı taşlarının da ölçülmesini vurgulamaktadır. Yeni modelde nihai hedefler sabit tutulurken, nihai hedefleri destekleyecek, erişim, kapsayıcılık, kalite ve hasta güvenliği olarak saptanan araçsal hedeflere yer verilmiştir.

Şekil 2.3. DSÖ Sağlık Sistemi Performans Modeli (Revize Edilen)



2.2. OECD Modeli

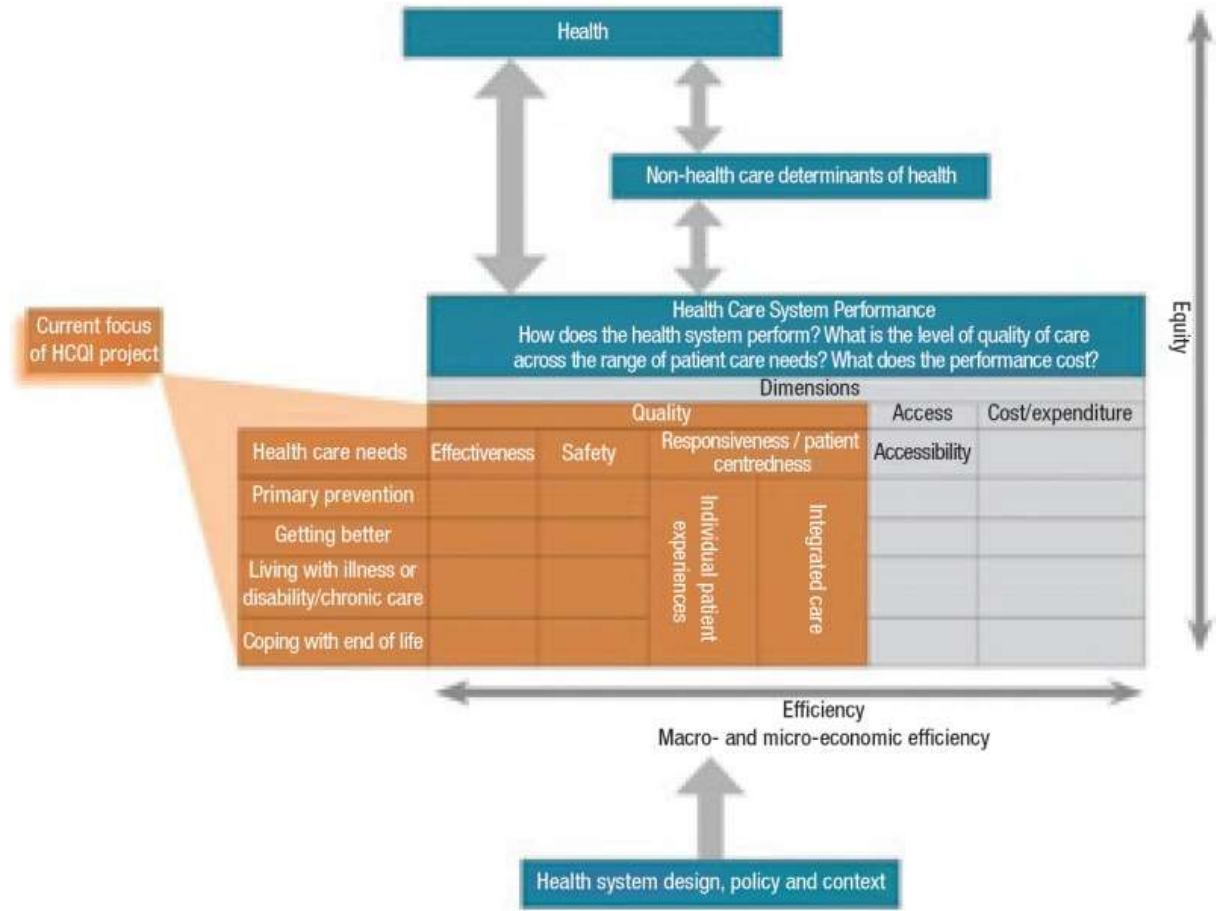
Sağlık sistemleri, yaşlanan nüfus, dijitalleşme ve iklim değişikliğinden kaynaklanan gelişen ihtiyaçlara ve megatrendlere uyum sağlamak için yoğun bir baskı altındadır; ayrıca pandemiler, doğal ve çevresel felaketler, biyolojik, kimyasal, siber, mali ve nükleer tehditler ile sosyal huzursuzluklar gibi ani ve büyük ölçekli doğal veya insan kaynaklı şoklara karşı daha iyi hazırlıklı olmaları gerekmektedir (OECD, 2024).

Sağlık sistemlerinin temel amacı, insanların sağlık ihtiyaçlarını ve tercihlerini karşılaması ve herkes için kaliteli sağlık hizmeti sunmasıdır. OECD sağlık sistemlerini sürekli ve sistematik bir şekilde değerlendirilmesi yoluyla politika yapıcılara iyileştirilmesi gereken alanları belirleme, kaynakların en iyi şekilde tahsis etme destek sağlamak ve temel politika hedeflerinin gerçekleştirilmesi derecesini ölçmek amacıyla OECD Sağlık Sistemi Performans

Değerlendirmesi modelini (çerçeve) tasarlamıştır (OECD, 2024:10). Model Şekil 2.4.'de verilmiştir.

OECD Modeli veya kavramsal çerçevesi, WHO tarafından önerilen performans çerçevesinin birçok yönünü benimsemiştir, ancak bazı farklılıklar da içermektedir. OECD çerçevesi, sağlık ve sağlık sistemi performans değerlendirme modeli sağlık hizmetlerine ek olarak, toplum sağlığını etkileyen diğer faktörleri (genetik, davranış, çevre) de dikkate alacak biçimde geniş bir modeldir. Bu yönüyle OECD modeli daha kapsamlı ve sağlığa genel sistemler açısından yaklaşmaktadır. WHO modelinde sağlık sistemi performansı, sağlık hizmeti dışında kalan belirleyicilerin değerlendirilmesine vurgu yapmadan, etkili ve adil bir sağlık hizmetleri sistemi üzerinde durmaktadır. Başka bir anlatımla, sağlık sistemi performansı, sağlık hizmetleri sunum sisteminin doğrudan işleyişi, kişisel ve kamu sağlık hizmetlerinin fayda ve maliyetlerinin düzeyi ve dağılımı için belirlenen kamu hedefleriyle karşılaştırılarak değerlendirilir (Arah ve dig, 2003). OECD modelinde ise sağlığı etkileyen diğer faktörler de dikkate alınmaktadır. OECD çerçevesi aynı zamanda insan hayatının doğumdan ölüme kadar uzanan aşamalarına (sağlıklı kalmak, iyileşmek, hastalık veya sakatlıkla yaşamak ve yaşamın son dönemi) göre sağlık hizmeti ihtiyaçlarını seviyelendirmektedir (Fekri ve dig, 2018).

Şekil 2.4. OECD Sağlık Sistemi Performans Modeli



OECD Modeli Şekil 2.4’de verildiği gibi sağlık hizmetleri sisteminin temel hedeflerini kalite, erişim ve maliyet/harcama şeklinde ele almaktadır. OECD modeli sağlık hizmetlerinin performansını incelemede kalite boyutuna geniş bir bakış açısıyla yaklaşmakta, etkililik, güvenlik, cevap verebilirlik (hasta odaklılık) ölçütlerini kalite boyutu altında birlikte ele almaktadır. Verimlilik ve hakkaniyet ise diğer performans boyutları olarak modele eklenmiştir. Verimlilik, makroekonomik ve mikro ekonomik verimlilik şeklinde ikiye ayrılmıştır. Makroekonomik verimlilik, sağlık harcamalarının (kaynak bileşimi ve tahsisi) doğru seviyesini bulmak; mikro ekonomik verimlilik ise paranın karşılığı olan değeri (kalite ile maliyetlerin oranını) maksimize etmekle ilgilidir. Hakkaniyet, sağlık hizmetlerinin nüfus grupları arasında dağılımındaki ve sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdeki adaletiyle ilgilidir. Hakkaniyet aynı zamanda sağlığın diğer belirleyicilerinin (örneğin gelir, risk faktörlerinin) dağılımıyla da ilgilidir (Arah ve diğ, 2006).

2.3. Kurumsal Karne Modeli

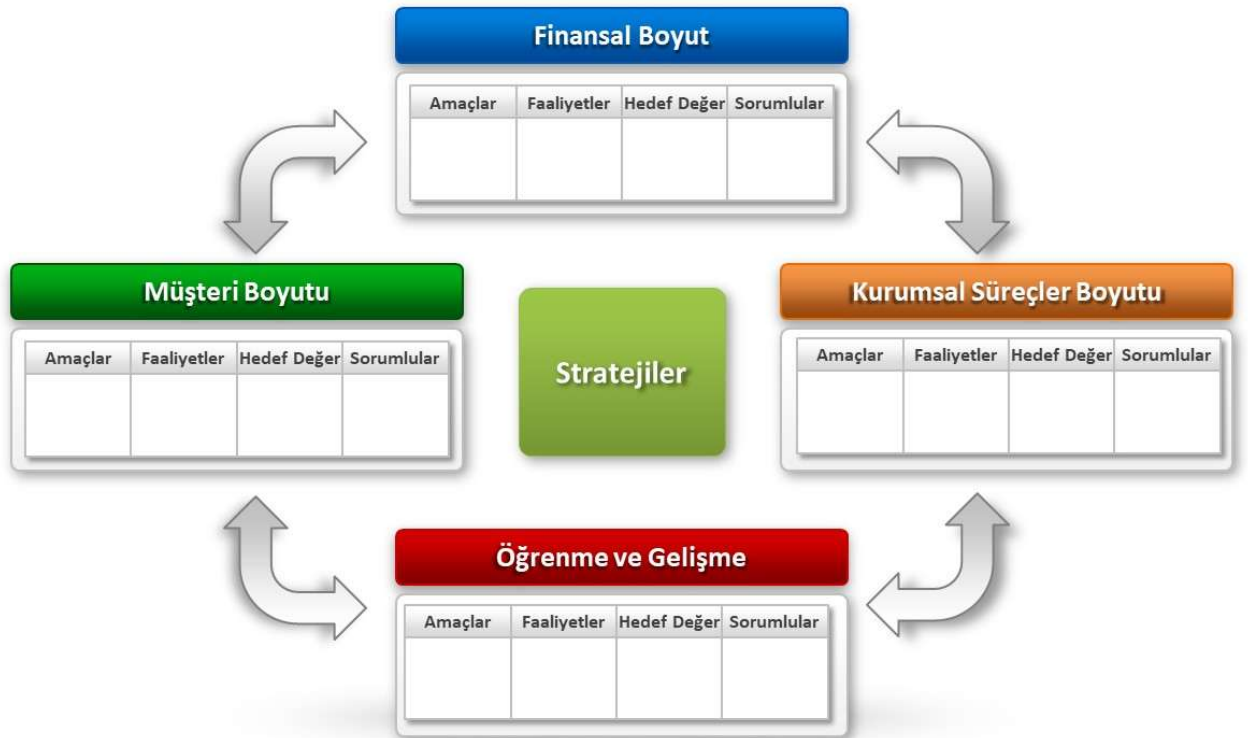
Kaplan ve Norton tarafından geliştirilen kurumsal karne modeli, bir kurumda vizyon-misyon, bu misyon ve vizyona ilerleme yolunda elde edilmesi gereken sonuçlar (amaçlar), amaçlara ulaşmak için uygulanacak stratejiler ve elde edilen sonuçların (performans) ölçümünü ahenkli biçimde bünyesinde barındıran etkili bir yönetsel araçtır. Kaplan ve Norton, üst düzey yöneticilerin işletmedeki ölçüm sisteminin alt ve orta düzey yöneticilerin ve personelin davranışlarını güçlü bir şekilde etkilediğini anlamalıdır. Üst düzey yöneticiler aynı zamanda, geleneksel finansal ölçümlerinin (örneğin yatırım getirisi ve hisse başına kar payı gibi), sürekli iyileştirme ve yenilik eğilimini azaltabileceğinin de farkına varmalıdır (Kaplan, Norton, 1992). Zira tek amacın karlılık olması ve işletmenin performansını sadece finansal göstergelerle ölçmeye, izlemeye ve değerlendirmeye yönelik adımlar, bugünün rekabetçi ortamının zorunlu kıldığı sürekli iyileştirme, sürekli gelişme gibi göstergelerin arka plana itilmesine yol açabilmektedir.

Geleneksel finansal performans ölçümlerine tamamen güvenmenin eksiklikleri göz önüne alındığında, finansal olmayan performans göstergelerini de içeren performans ölçüm sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Kaplan ve Norton (1992), 1990'ların başında, bugünün iş ortamındaki geleneksel finansal performans ölçümlerinin eksikliklerini aşmak için kurumsal karne modelini tanıttılar. Kurumsal karne modeli, organizasyonun stratejisinden türetilen ve birbirine neden-sonuç ilişkileriyle bağlı olan finansal ve finansal olmayan ölçümleri içeren çok boyutlu bir performans ölçüm sistemidir. Bu model yöneticileri finansal ve finansal olmayan performans göstergeleri arasında seçim yapma zorunluluğundan kurtulmasını sağlamakta, daha da önemlisi yöneticileri performansa çok boyutlu yaklaşımlarına olanak tanımaktadır.

Kaplan ve Norton (1992) kurumsal karne modelini uçak kokpiti metaforuyla açıklamaya çalışırlar: Kurumsal karne bir uçağın kokpitindeki göstergeler ve kadranlara benzeterek, navigasyon ve uçuş yapmak gibi karmaşık bir görev için, pilotların uçuşun birçok yönü hakkında detaylı bilgilere (yakıt, hava hızı, irtifa, yön, varış yeri ve mevcut ile tahmin edilen ortamı özetleyen diğer göstergeler) ihtiyaçları olduğuna dikkat çekerler. Benzer şekilde, günümüzde bir işletmenin yönetsel karmaşıklığı, yöneticilerin performansı aynı anda birkaç farklı alanda görebilmelerini gerektirmektedir.

Kaplan ve Norton (1992; 1996; 2001), finansal olmayan performans ölçümlerinin dikkate alınmasının kurumsal karne modelinin tek başına ayırt edici bir özelliği olmadığını vurgulamaktadırlar. Yazarlara göre kurumsal karne modeli finansal ve finansal olmayan performans göstergelerinin bir kümesi değildir. Tam tersine kurumsal karne modeli, işletmelerin uzun dönemli finansal sonuçlar elde etmenin de bir aracı olduğunu belirtmektedirler. Kaplan ve Norton'a (2001a; 2001b) göre kurumsal karne modeli, performans ölçüm modeli olmaktan daha fazla anlam taşımaktadır. Kurumsal karne modeli yöneticilerin strateji kararlaştırmak ve uygulamak için yararlanabilecekleri bir stratejik yönetim sistemi veya modeli olarak görülmelidir. Şekil 2.4.'de verildiği gibi kurumsal karne modelinin dört boyutu esasında bir dizi sebep sonuç ilişkilerini içermektedir. Örneğin bir işletmenin kar amacını gerçekleştirmesi için müşteri perspektifinde yer alan müşteri bağlılığını yaratması gerekmektedir. Müşteri bağlılığını yaratmak için de müşteri memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir.

Şekil 2.5. Kurumsal Karne Modeli



Kurumsal karne modeli, geleneksel finans ve muhasebeyi aşan, organizasyonel stratejiye dayanan bir sistemdir. Karne modeli, bir organizasyonun vizyonunu ve stratejisini, başarılı stratejik ölçüm ve yönetim temeli sağlayan, birbiriyle bağlantılı performans ve eylem ölçütlerinden oluşan kapsamlı bir set haline dönüştüren bütünsel bir yöntemdir (Voelker ve diğ, 2001) Başka bir anlatımla kurumsal karne modeli, finansal/operasyonel ve diğer ölçütleri arasında bir denge kurar ve stratejiyi belirli eylemlerle ilişkilendirir ve ileriye dönük performans göstergeleri seti sağlar.

Kurumsal karne modelinin gelişimi üç aşama (nesil) şeklinde ele alınmaktadır (Lawrie & Cobbold, 2004; Zhang ve diğ, 2012)). Birinci nesil model, temelde dört perspektifte (finansal, müşteri, içsel süreçler, öğrenme ve gelişme) gruplanmış performans ölçütleri koleksiyonu olarak ele alınmaktadır. Bu dönemde perspektifler arasında zayıf nedensel bağlantılar bulunmaktadır. Kurumsal karne modelinin gelişiminde veya yaygınlaşmasında ikinci aşama (ikinci nesil) orijinal modeldeki içsel zayıflıkların anlaşılmasıyla ortaya çıkmıştır. İkinci nesil kurumsal karne modelinde, performans ölçütleri, perspektiflere atanmış belirli hedeflerle ilişkilendirilmeye başlamıştır. Böylece ikinci nesil kurumsal karne stratejik yönetim aracı haline gelmiştir. Üçüncü nesil model ise strateji haritalama ile daha bilgilendirilmiş yaklaşımları, stratejiyi ve beklenen sonuçları daha net ifade etmek için kullanmaktadır.

Funck (Aktaran Kollberg, Elg, 2011) literatür taramasına dayanarak Kurumsal Karne Modeli(BSC)'nin altı işlevi olduğunu ileri sürmektedir: (1) yönetim kontrolü; (2) stratejik yönetim aracı; (3) bilgi ve iletişim aracı; (4) kalite yönetim aracı; (5) kıyaslama aracı; ve (6) tamamlayıcı bütçeleme aracı.

2.3.1. Kurumsal karne boyutları

Şekil 2.4.'de verildiği gibi kurumsal karne modelinde performans değişkenleri dört temel boyutta gruplandırılmaktadır. Finansal boyut veya perspektif “hissedarlarımıza nasıl görünmeliyiz” sorusunun yanıtıyla ilgilidir. Hissedarlar işletmenin pay sahipleri oldukları için, gelir yaratma, gelir kalemlerini çeşitlendirme, karlılığın ve işletmenin hisse değerinin artması gfii beklentilere sahiptirler. Finansal perspektif, gelir, kar marjı, yatırım getirisi ve nakit akışı gibi ölçütler ile ölçülmekte olup, esasında kurumun finansal sağlığına ve performansına

odaklanır. Kaplan ve Norton'un (1992: 76) dengeli performans kartı konusundaki ilk makalelerinde, finansal bakımdan önemli olan şu ölçütler belirtilmektedir:

- Nakit akışı
- Satışlardaki artış
- Faaliyet geliri
- Pazar payı
- Öz sermaye kârlılığı (ROE)

Kar amacı gütmeyen işletme veya kurumlarda da finansal performans önemli bir boyut olarak görülür. İşletme veya kurumun faaliyetlerine devam edebilmesi için mevcut finansal ve diğer kaynaklarını iyi değerlendirmesi, kaynak israflarını önlemesi, gelir gider dengesini koruması beklenir.

Müşteri Perspektif "Müşterilerimize nasıl görünmeliyiz?" sorusunu yanıtlamaya yardımcı olur. Müşteri perspektif günümüzde çok önem kazanan bir konudur. Rekabetçi bir ortamda faaliyette bulunan tüm işletmeler müşteri odaklı olmak zorunadır. Kaplan ve Norton bu boyutu "müşterileri için değer sunma konusunda lider olma" şeklinde özetlemektedir (Kaplan & Norton, 1992). Kar amacı güden işletmelerde müşterilerin dört ana kaygısı zaman, kalite, performans ve hizmet maliyetleridir (Kaplan & Norton, 1992). Müşteri bakış açısı, zamanlama (hız), kalite, performans ve hizmet ile maliyetin hedeflerini belirlemeyi ve bu hedefleri, pazar payı, müşteri sadakati, müşteri memnuniyeti ve müşteri kârlılığı gibi müşteri sonuçlarını elde etmek için belirli stratejilere dönüştürmeye odaklanır (Kaplan & Norton, 1996).

İşsel süreçler perspektifi, şirketin finansal ve müşteri perspektiflerindeki hedeflere ulaşmak için iş yapma biçimleri veya iş süreçlerinde mükemmelliği sağlamakla ilgilidir. İşsel süreçler esasında işletmelerin tüm bölümlerinde iş süreçlerinin geliştirilmesini ve aynı zamanda da bölümler arasındaki iş süreçlerinin bütünleştirilmesini, yani değer zincirinin tasarlanmasını içerir. Müşterilerin isteklerinin hızlı biçimde karşılanmasını sağlayan iş süreçlerinin tasarlanması (bekleme süresinin azaltılması), hizmetlerin içeriğinde ve sunum şeklinde iyileştirmeler, yenilikler yapılması gibi stratejilerle bu boyutla ilgili hedeflere ulaşma amaçlanmaktadır. İşsel süreçler boyutu günümüzde sıkça tartışılan yalın yönetim, değişim mühendisliği gibi operasyonel stratejileri içerir.

Öğrenme ve gelişme perspektif, bir organizasyonun altyapısı, üç ana kaynak olan insanlar, sistemler ve organizasyon prosedürleri temelinde uzun vadeli büyüme ve iyileştirme sağlama amacıyla incelenir. Öğrenme ve büyüme bakış açısı, çalışanları yeniden eğitme, bilgi teknolojisi sistemlerini iyileştirme ve organizasyon prosedürlerini düzenleme hedeflerini tanımlar ve bu hedefleri belirli stratejilere ve amaçlara aktarır. Bu, dengeli kurum karnesinin(BSC) üç diğer perspektifi tarafından tespit edilen çalışanların, sistemlerin ve prosedürlerin mevcut kapasiteleri arasındaki boşlukları gidermeye yardımcı olacaktır.

Bu dört boyut veya perspektif, ağaca benzer bir şekilde neden-sonuç ilişkileriyle birbiriyle ilişkilidir. Bir özel işletme için ağaçtaki meyveler (finansal ölçütler) yapraklarla (müşteriler), yapraklar ağacın gövdesiyle (süreçler) ve ağacın gövdesi de köklerle (öğrenme ve büyüme) ilişkilidir.

2.3.2.Sağlık hizmetlerinde kurumsal karne modeli uygulamaları

Maliyet etkililik, kalite geliştirme ve sağlıklı ilgili yükümlülöklere ilişkin ilginin artmasıyla birlikte, sağlık yöneticileri ve planlamacılar birey ve toplumun sağlığına katkıda bulunan hizmetler ve sistemlere uygun kalite ve performans göstergelerine daha fazla ilgi duymaya başlamıştır. (Klassen ve dig, 2010). 1990'ların ortalarında kurumsal karne modeli, sonuçları yeni bir bakış açısıyla ölçmek ve izlemek için kullanılabilecek bir yönetim aracı olarak popülerlik kazanmaya başlamıştır. Başlangıçta sağlık hizmetleri alanının dışında geliştirilen BSC, 1990'ların sonlarından itibaren sağlık hizmetlerinde entegre performans değerlendirme ve stratejik yönetim aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Teklahaimanot, ve dig. 2016). 2010 yılında yapılan bir araştırmada sağlıkta performans ölçümü amacıyla 97 farklı kavramsal modelin geliştirildiğı gösterilmiştir. (Klassen ve dig, 2010).

Kollberg & Elg (2011), sağlık alanındaki kurumsal karne uygulamalarını gözden geçirmekte; kurumsal karne modelinin öncelikle sağlık bakım kalitesini iyileştirmek ve uzun süreli sağkalımı desteklemek için bir sistem olarak hizmet ettiğini ileri sürmektedirler. Yazarlara göre kurumsal karne modeli, organizasyondaki hedef belirsizliğini azaltmak, müşteri odaklılığı artırmak, sağlık hizmetlerinin nasıl iyileştirileceğı konusunda ortak bir dil oluşturmak ve strateji uygulamasını desteklemek için bir sistem olarak da kullanılmaktadır.

İnamdar ve diğerleri (2002) kurumsal karne modelini bir iş stratejisi, ölçüm ve yönetim sistemi olarak görmekte ve kurumsal karnenin sağlık kurumlarına aşağıdaki potansiyel faydaları sağladığını ileri sürerler:

- Organizasyonu daha pazar odaklı, müşteri odaklı bir strateji etrafında hizalar
- Stratejinin uygulanmasını kolaylaştırır, izler ve değerlendirir
- Bir iletişim ve işbirliği mekanizması sağlar
- Organizasyonun her seviyesinde performans için hesap verebilirlik atar
- Strateji hakkında sürekli geri bildirim sağlar ve pazara yönelik düzenlemeleri teşvik eder

2000’li yıllarda sağlık sektörü içinde kurumsal karne uygulamaları, organizasyonel performansı değerlendirmekten klinik yolları geliştirmeye doğru bir değişim göstermiştir. Hastaneler, hastane sistemleri, uzun dönemli bakım kurumları kurumsal karne modelini benimsemişlerdir. Bu sağlık kuruluşlarının yöneticileri genel olarak, kurumsal karne modelini klinik ve organizasyonel uygulamaları, sonuçları, kaliteyi, değeri ve hizmet maliyeti gibi kavramları birbirleriyle ilişkilendirmek; performans ölçümünü kuruluşun vizyonu, temel değerleri, temel ilkeleri ve operasyonel stratejileri ile uyumlu hale getirmek ve verimlilik ile kalite arasında bir denge sağlamak amacıyla kullanmışlardır (Chan, 2009; Zelman ve dig,2003).

2.3.3. Sağlık alanında kurumsal karne boyutları

Bu aracın sağlık alanında büyük ölçekli kullanımında öncülüğü Ontario Hastaneler Birliği (Kanada) yapmıştır. Bu birlik, Sağlık Bakanlığı ile birlikte,1998 yılında bölgedeki 89 hastanenin performansını değerlendirmek için kurumsal karne modelinin farklı bir versiyonu olan rapor kartı modelini benimsemeye karar vermiştir (Bisbe, Barrubés, 2012; Hass, 2001). Kanada da kurumsal karne modelinde performans boyutları dört ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar şunlardır (Hass, 2001). Parantez içinde verilenler ise özgün kurumsal karne modelindeki boyutları göstermektedir.

- Klinik sonuçlar (kurumsal-içse süreçler)

- Hasta memnuniyeti (hasta -müşteri perspektifi)
- Finansal performans (finansal boyut)
- Kurumsal entegrasyonu ve değişim (öğrenme ve gelişme)

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi tarafından uygulanan kurumsal karne modelinde üç boyut yer almaktadır. Bunlar, (1) hasta odağı, (2) klinik odak ve (3) kapasite ve yetenekler. Aşağıdaki bu boyutlarda yer alan göstergeler verilmiştir (Patel ve dig, 2008).

Kapasite ve Yetenekler

- Acil Serviste Bekleme Süreleri (4 saat)
- Daha İyi Hastane Yemekleri
- Bir Ay İçinde Meme Kanseri Tedavisi
- İptal Edilen Ameliyatlar
- Günlük Vaka Randevuları
- Gecikmeli Bakım Transferleri

Hasta Odağı

- Dokuz Aylık Kalp Ameliyatı Bekleme Süreleri
- Ayakta Hasta Acil Servis Anketi - Erişim ve Bekleme
- Ayakta Hasta Acil Servis Anketi - Daha İyi Bilgi, Daha Fazla Seçenek
- Ayakta Hasta Acil Servis Anketi - İlişkiler Kurma
- Ayakta Hasta Acil Servis Anketi - Temiz, Rahat, Samimi Bir Ortam
- Ayakta Hasta Acil Servis Anketi - Güvenli, Yüksek Kaliteli, Koordineli Bakım
- Pediatrik Ayakta Hasta Katılım Oranları
- Hasta Şikâyet Prosedürü
- Gizlilik ve Hasta saygınlığına özen
- Altı Aylık Yatan Hasta Bekleme Süreleri
- On Üç Haftalık Ayakta Hasta Bekleme Süreleri
- Toplam Yatan Hasta Bekleme Süreleri - Planın %'si
- Hızlı Erişim Göğüs Ağrısı Kliniği Bekleme Süreleri

Klinik Odak

- Klinik İhmal
- Kalp Baypas Ameliyatından Sonraki 30 Gün İçindeki Ölüm
- Seçilen Cerrahi İşlemlerden Sonraki 30 Gün İçindeki Ölüm
- Taburcu Olduktan Sonra Hastaneye Acil Tekrar Yatış
- Taburcu Olduktan Sonra Hastaneye Acil Tekrar Yatış (Çocuklar)
- Kalça kırığı tedavisi sonrası acil hastaneye yatış
- İnme tedavisi sonrası acil hastaneye yatış
- Kalça kırığı tedavisi sonrası eve dönüş
- İnme tedavisi sonrası eve dönüş
- Enfeksiyon kontrol prosedürleri
- Metisiline dirençli Staphylococcus Aureus (MRSA) bakteriyemisi
- İyileşme skoru
- Tromboliz tedavi süresi
- Danışman değerlendirmesi Veri kalitesi Yangın, Sağlık ve Güvenlik Bilgileri Yönetim Asistan doktorların çalışma saatleri Hastalık izni oranı Personel görüş anketi

Tablo 2.1. Bibliyometrik Analiz Sonucunda Belirlenen Kurumsal Karne Boyutları

Kurumsal Karne Boyutları	Yayın Sayısı
Finansal perspektif	23
Süreç	18
Acil durum alanları ve acil servis	1
Entegre bakım süreçleri	1
Hizmet sunumu	1
Klinik risk	1
Hizmet modernizasyonu	1
Süreçler ile ilgili perspektif (Toplam)	23
Müşteri	15
Paydaş memnuniyeti	3
İnsan kaynakları	2
Müşterilerle ilgili perspektif (Toplam)	20
Öğrenme ve gelişme perspektifi	13

Toplum	4
Dış çevre değerlendirmesi	2
Adil erişim	1
Genel Vizyon	1
Toplumla ilişkili Perspektif (Toplam)	8
Uygunluk ve kalite	3
Kurumsal mükemmellik	1
Cerrahi performans	1
İnsanlaştırma	1
Sağlık sonuçları	1
Kaliteyle ilgili perspektif (toplam)	7
Yenilik perspektifi	3
Misyon	3
Stratejik hedeflere ulaşılması	3
Stratejiyle ilgili perspektif (Toplam)	6
Sağlık iyileştirme	1
Verimlilik	1
Entegrasyon ve cevap verebilirlik	1
Hasta bekleme süreleri	1
Hizmet sunma kapasitesi	1
Çevresel performans	1
Verimlilikle perspektif (toplam)	6

Betto ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bibliyometrik analizde sağlık alanında uygulanan kurumsal karne modellerinin boyutları ele alınmış ve kurumlar tarafından hazırlanan kurumsal karnelerde yer alan boyutların özgün modele göre farklılıklar gösterdiği bulunmuştur (Tablo 2-1). Geleneksel dört kurumsal karne perspektifine ek olarak, sağlık hizmetlerinde kurumsal ile ilgili ampirik çalışmalar aşağıda açıklanan boyutları da kapsamaktadır (Betto, 2022):

- Toplumla ilgili perspektif: Toplum, dış çevre değerlendirmesi ve adil erişimle ilgili bakış açılarını kapsamaktadır. Bu boyutta performans göstergesi olarak bekleme sürelerini, acil durumlara müdahale ve hakkaniyet kriterlerini kullanılmaktadır.

Toplumsal perspektif sağlık sistemine veya hizmetine odaklanır ve dolayısıyla nüfusun ihtiyaçlarına büyük önem vermektedir.

- Kaliteyle ilgili perspektif: Uygunluk ve kalite, organizasyonel mükemmellik, cerrahi işlemlerin performansı, hizmet sunumunun insancillaştırılması ve sağlık sonuçları ilgili konuları içermektedir
- Yenilik perspektifi: Bu perspektif yeniliği teşvik etme, personeli eğitme, personel memnuniyetini değerlendirme, düzenli öz değerlendirme sistemi oluşturma gibi ölçütleri içermektedir. Bu boyut, Kaplan ve Norton modelindeki öğrenme ve gelişme perspektifinin yerine kullanılmaktadır.
- Stratejiyle ilgili perspektif. Bu perspektif misyon ve stratejik hedeflere ulaşmayla ilgili bakış açılarını gruplandırır.
- Verimlilikle ilgili perspektif: Sağlık hizmetlerinde verimlilik, entegrasyon ve cevap verebilirlik, hasta bekleme süreleri, hizmet sunma kapasitesi (girdi tedarikinin güvence altına alınması, klinik rehberlerin hazırlanması vb.) ve çevresel performans ile ilgili bakış açılarını kapsamaktadır.

Afganistan Sağlık Bakanlığı, büyük ölçüde işlevsiz bir sağlık sistemi ile karşı karşıya kalmasından ve özellikle kırsal alanlar ile kadınlar ve çocuklar başta olmak üzere nüfusun sağlık ihtiyaçlarını hızlı bir şekilde karşılamak için Sağlık Hizmetleri Temel Paketinin coğrafi kapsamını genişletme stratejisi geliştirmiştir. Strateji, sağlık sektörünün yönetiminde hükümetin odaklanmasını sürdürmesi, ülkedeki çoğu bölgede hizmet sunumunu sivil toplum kuruluşlarına devredilmesini ve hizmet sunumunda performansı ölçmek için tutarlı ve dengeli bir ulusal izleme ve değerlendirme çerçevesinin kullanılmasını içermektedir. Sağlık Bakanlığı, performansı izlemek ve hizmet sağlayıcılarıyla sözleşmeleri yönetmek için bir kurumsal karne modelini benimsemiştir. Daha önce sağlık sistemi içinde yer alan kurumlar veya hizmetler için kullanılmış olmasına rağmen Afganistan örneği gelişmekte olan bir ülkenin bir sağlık sistemi düzeyinde kurumsal karnenin kullanıldığı ilk örnek olmuştur(Ministry of Public Health ŞekilGeneral Directorate of Policy and Planning Monitoring & Evaluation Department 2006).

Afganistan sağlık sisteminde kullanılan kurumsal karnede altı boyut ve 29 performans göstergesi kullanılmaktadır. Bu alanlar şunlardır:

- Hastalar ve Toplumsal boyut
- Personel boyutu
- Hizmet sunma kapasitesi (alt yapı) boyutu
- Hizmet sunumu boyutu
- Finansman boyutu
- Genel Vizyon boyutu

Bu boyutlar altında yer alan amaçlar ve kriterler aşağıda verilmiştir.

Alan A:Hastalar ve Toplum

- 1 Genel hasta memnuniyet
- 2 Hasta kalite algıları
- 3 Kırsal alan sağlık konseyin toplumsal faaliyetleri

Alan B:İnsan Kaynakları

- 4 Sağlık personelinin memnuniyet
- 5 Maaş ödemelerinin düzenliliği

Alan C: Hizmet Sunumu Kapasitesi

- 6 Ekipman işlevselliği
- 7 İlaça erişim
- 8 Aile Planlaması hizmetlerinin mevcudiyeti
- 9 Laboratuvarların işlevselliği
- 10Asgari personel sayısını karşılamak için gerekli yönergeler
- 11 Hizmet sunanların bilgi ve becerileri
- 12 Personele son yılda verilen eğitimler
- 13 Bilgi sisteminin kullanımı
- 14 Klinik rehberlerin kullanımı
- 15 Altyapı
- 16 Hasta kayıtları

17 Tüberküloz tedavisinin izlenmesi

Alan D:Hizmet Sunumu

18 Hastadan öykü alma ve fiziksel muayene

19 Hasta danışmanlığı

20 Kesici delici aletlerin imha edilmesi

21 Aylık ortalama yeni poliklinik sayısı

22 Hastaya ayrılan süre

23 Doğum öncesi bakım sağlanması

24 Doğum hizmetlerinin sunulması

Alan E: Finansal Sistemler

25 Kullanıcı ücreti yönergeleri

26 Yoksul hastalar için muafiyetler

Alan F:Genel Vizyon

27. Poliklinik hastaları içindeki kadın hastaların oranı

28 Ayakta tedavi yoğunlaşma-konsantrasyon indeksi¹

29 Hasta memnuniyet yoğunlaşma-konsantrasyon indeksi

2.3.4. Sağlık alanında kurumsal karne uygulamalarında yaşanan sorunlar

Kurumsal karne modeli, bir şirketin stratejisinin uygulanmasını yönetmek için çeşitli boyutlarla ilgili ölçümler yapmak için tasarlanmış bir yönetim aracıdır. Başlangıçta, bu model

¹ Not: Konsantrasyon İndeksi, sonuçların -1 ile 1 arasında değişebileceği bir eşitlik ölçüsüdür. Her bir özellik (Gösterge 28 için ayakta tedavi ziyaretleri ve Gösterge 29 için hizmetlerden memnuniyet), ekonomik duruma göre nüfus arasında nasıl dağıldığına göre analiz edilir. -1 ile 0 arasındaki bir puan, bir ildeki yoksul insanların söz konusu özelliğe sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu gösterir. Gösterge 28 için bu, yoksul insanların sağlık hizmetlerini, yoksul olmayan insanlardan daha fazla kullanma olasılığının daha yüksek olduğu anlamına gelir; Gösterge 29 için ise bu, yoksul insanların sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılığının, yoksul olmayan insanlardan daha yüksek olduğunu ifade eder. 0 ile +1 arasındaki bir puan, nispeten daha iyi durumda olan insanların söz konusu özelliğe sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu anlamına gelir—yani, ya sağlık hizmetlerini yoksullardan daha fazla kullanma olasılıkları vardır (Gösterge 28) ya da sağlık hizmetlerinden yoksullardan daha fazla memnun olma olasılıkları vardır (Gösterge 29). '0' puanı, yoksul ve nispeten daha iyi durumda olanların sağlık hizmetlerini kullanma veya aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılıklarının eşit olduğunu gösterir.

rekabetçi bir pazarda faaliyet gösteren şirketler için rekabet gücünü artırmaya katkıda bulunması amacıyla tasarlanmıştır (Kaplan ve Norton, 1992, 1993). Dolayısıyla, BSC'nin amacı uzun vadeli kârlılık hedefini gerçekleştirmektir. Ancak her ülkenin sağlık sektöründe kar veya rekabet öncelikli hedef olarak benimsenmeyebilir. Ayrıca sağlık kurumları profesyonel organizasyonlar olarak kategorize edilmektedir (Funck. 2007). Profesyonellerin işi, karmaşık görevleri bağımsız bir şekilde yerine getirme ve uzmanlıklarını kullanarak sorunları çözme yeteneğini içerir. Profesyonel işin içeriği, profesyonel pratiğin uygulanması için önemli bir karar özgürlüğü ve otonomiye kapsar. Profesyonelliğin kendisi, profesyoneller için disiplin sağlayan bir mantık işlevi görmektedir (Funck,2007). Bu nedenle sağlık kurumunun başarısında kritik rol oynayan profesyonellerin davranışlarını veya performanslarını ölçümlerle kontrol ederek kâr maksimizasyonunu sağlamak amacıyla tasarlanmış bir yönetim aracının, kamuya ait sağlık kurumlarında uygulanması anlamsız görünmektedir.

Sağlık sektöründe strateji haritası ve kurumsal karne uygulamaları, sağlık kurumlarının kendine has özellikleri ve iş yapısının özgünlüğünden dolayı belirli zorluklar içermektedir. Birincisi, kar amacı gütmeyen kuruluşlardan farklı olarak, bir sağlık sisteminin veya bir sağlık kuruluşunun finansal perspektifi, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve hizmet sonuçlarını iyileştirmek gibi diğer kapsayıcı hedeflerle karşılaştırıldığında genellikle arka planda kalır. Bu nedenle, zaman zaman, strateji haritasındaki farklı stratejik hedefler arasındaki neden-sonuç ilişkilerini ve kurumsal karnenin performans perspektiflerini tanımlamak zor olabilir (Chan, 2009).

Bir diğer zorluk sağlık sektöründe kurumsal karne için uygun performans göstergelerinin seçiminin, mevcut olan çeşitli ve çok sayıda sağlık göstergesi bulunması nedeniyle son derece karmaşıktır. Sağlık sektöründe sonuç göstergeleri, kalite göstergeleri, nüfus un sağlık statüsü ile ilgili farklı türde göstergeler kullanılmaktadır. Farklı göstergeler arasında neden sonuç ilişkilerini kurmak veya tam olarak belirlemek zordur. Sağlığın sosyal belirleyicileri dikkate alındığında örneğin kalite ve hasta güvenliği göstergelerinin iyi sağlık hedefine ne derece katkı sağladığını hesaplamak oldukça zordur (Chan, 2009). Benzer şekilde bir kamu hastanesi bir dönem sonunda bütçe fazlası verebilir. Bu finansal anlamda bir başarı olarak değerlendirilirken, aynı dönemde personelin başına düşen hastalık izin süreci 1 günden

3 güne çıkmış olabilir. Bu durumda kurumun başarılı sayıp sayılmayacağı tartışmaya açık bir konu haline gelebilir (Funck, 2007).

3.ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık sistemi performansı ile ilgili bilimsel literatürün bibliyometrik analiz teknikleri ile incelenmesidir. Bu çalışma ile araştırmalarda kullanılan sağlık sistemi performansı ile ilgili kavramsal modellerin, sağlık sistemi performansının ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde kullanılan performans ölçütlerinin genel çerçevesi (yapısı) ve aralarındaki etkileşimler (ağ yapısı) ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

3.2. Bibliyometrik Analiz Metodolojisi

Bibliyometrik analiz, makale ve dergi performansında, işbirliği modellerinde ve araştırma bileşenlerinde ortaya çıkan eğilimleri ortaya çıkarmak ve mevcut literatürdeki belirli bir alanın entelektüel yapısını keşfetmek gibi nedenlerle kullanılmaktadır. Başka bir deyişle, bibliyometrik analiz bir bilim alanındaki bilgilerin evrimsel gelişimini açıklamak ve haritalandırmak için yararlanılan bir metodolojidir. (Donthu ve dig, 2021). Bu nedenle, iyi tasarlanmış bibliyometrik çalışmalar, bir bilimsel alanı yeni ve anlamlı yollarla genişletmek için sağlam temeller oluşturabilir. Bibliyometrik analiz, bilim adamlarına ilgilendikleri alan veya konu hakkında kapsamlı bir genel bakış açısı (fikir) elde etme, bilgi eksikliği olan alanları belirleme, yeni araştırma konuları bulma konusunda yardımcı olur. Bu nedenle, doğru bir şekilde gerçekleştirilen bir bibliyometrik çalışmalar, bir araştırmanın yenilik ve önemli katkılar sağlayabilmesi için güçlü temeller oluşturabilir. Araştırmacılar, yayınlardaki yeni eğilimleri tanımak, dergilerin performansı, ilgilendikleri alanındaki işbirliklerini anlamak için de bibliyometrik analiz uygularlar (Kumar ve dig, 2024).

Genel olarak, bibliyometrik araştırmalar çeşitli araştırma bulgularını teorik bir perspektiften özetler ve farklı bulguları sentezleyerek incelenen teoriyi son derece geniş ve derin hale getirir. Aynı zamanda, araştırmaların (yayınların) eski deneyimleri ve yasaları yeni bilgi koşulları altında doğrulanmasını veya düzeltilmesine hizmet ederken, aynı zamanda eski bilgilerin yeni alanlara uygulanabilirliğini de keşfeder (Qui ve dig, 2017:12). Bibliyometrik

analizlerin iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlar yayın performansı ve bilimsel haritalama (Nyons, ve dig, 1999; Dohthu ve diğ, 2021; Kumar ve dig, 2024).

Bibliyometrik performans analizi, bilimsel aktörlerin (yazar, ülke, üniversite, araştırma merkezi) bilimsel faaliyetlerini ve bu bilimsel faaliyetlerin sonuçlarını-etkilerini bibliyografik verilere dayanarak değerlendirilmesini amaçlar. Bilimsel faaliyetler, bilimsel dergilerdeki yayın sayısı ile ölçülür. Etki, ise yayınlarının (başkaları tarafından) atıf alma sayısı ile ölçülür (Nyons ve dig, 1999).

Bilimsel haritalama, araştırma unsurları arasındaki mantıksal bağlantıları ve yapısal ilişkileri değerlendirir. Analiz, araştırma bileşenleri arasındaki entelektüel etkileşimler ve yapısal bağlantılarla ilgilidir. Bilimsel haritalama teknikleri arasında atıf analizi, ortak atıf analizi, bibliyografik eşleştirme, ortak kelime analizi ve ortak yazarlık analizi bulunur. (Kumar ve diğ, 2024). Alanı en çok etkileyen yayınları belirlemek için alıntı yapılan eserlerin analizi, atıfta bulunulan eserler arasındaki ilişkileri daha iyi anlamak için ortak alıntı analizi, ilgili yayınları birbirleriyle ilişkilendirmek (bağlamak) için bibliyografik eşleştirme, konular arasındaki ilişkileri göstermek için ortak kelime analizi ve yazarlar arasındaki sosyal etkileşimler üzerindeki ilişkileri anlamak için ortak yazarlık analizleri yapılır. Atıf analizi, belirli bir alandaki temel çalışmaları ve eğilimleri belirlemek amacıyla yayınların alıntılar yoluyla nasıl birbiriyle ilişkili olduğunun araştırılmasıdır. Ortak alıntı, alıntı yapılan belgeler ve/veya o alanda belirtilen önemli araştırma temaları arasındaki bağlantıyı tanımlar. Bibliyografik birleştirme benzerdir, ancak aynı referanslardan türetilen ve konuyla benzerlikler gösteren belgelere dayanan bağlantıları araştırır. Yayınlarda kullanılan anahtar kelimelerin eş zamanlı kullanımını tanımlar ve farklı araştırma konuları arasındaki ilişkinin belirlenmesine hizmet eder. Ortak yazarlık analizi, bilimsel araştırma yoluyla hem sosyal hem de kurumsal araştırmacılar arasında oluşturulan işbirlikçi ağların araştırılmasına olanak tanır (Passas, 2024)

Tablo 3.1. üzerinde performans ve haritalama amaçlarını gerçekleştirmek için kullanılan ölçütler verilmiştir.

Tablo 3.1. Bibliyometrik Analizi Amaçları

PEFORMANS ANALİZİ	BİLİM HARİTALAMA
YAYIN İLE İLİŞKİLİ ÖLÇÜTLER	ATIF ANALİZİ
Toplam Yayın Sayısı (TP)	Yayınlar Arası İlişkiler
Katkıda Bulunan Yazar Sayısı (NCA)	En Etkili Yayınlar
Tek Yazarlı Yayın Sayısı (SA)	ORTAK ATIF ANALİZİ
Ortak Yazarlı Yayın Sayısı (CA)	Atıf Alan Yayınlar Arası İlişkiler
Aktif Yayın Yılı Sayısı (NAY)	Temel Temalar
Aktif Yayın Yılı Başına Verimlilik (PAY)	BİBLİYOYOGRAFİK EŞLEŞME
ATIF İLE İLGİLİ ÖLÇÜTLER	Atıf yapan yayınlar arasındaki ilişkiler
Toplam atıf sayısı	Periyodik ve güncel konular
Ortalama atıf	ORTAK KELİME ANALİZİ
ATIF VE YAYIN İLE İLGİLİ ÖLÇÜTLER	Konular arasındaki ilişkiler (mevcut ve gelecek)
İş Birliği İndeksi (CI)	Yazılı içerik
İş Birliği Katsayısı (CC)	ORTAK YAZAR ANALİZİ
Atıf Alan Yayın Sayısı (NCP)	Yazarlar arasındaki sosyal etkileşimler veya ilişkiler
Atıf Alan Yayın Oranı (PCP)	Yazarlar ve yazar bağlantıları (kurumlar, ülkeler)
Atıf Alan Yayın Başına düşen Atıf sayısı (CCP)	
H-indeks (h)	
g-indeks (g)	
i-indeks (i-10, i-100, i-200)	

Tablo 3.1.'de verilen ölçütlerin anlama ve hesaplanma sistematiikleri bulgular ve tartışma kısmında verilmiştir.

3.3. Bibliyometrik Analiz Süreci

Bibliyometrik analizin ilk adımını araştırma amacının belirlenmesi oluşturmaktadır. Bu adımı veri toplama, analiz ve görselleştirme, bulguların yorumlanması aşamaları izlemektedir. (Öztürk ve diğ, 2024; Passas ve diğ, 2024; Passas, 2024). Araştırma amacının kapsamlı bir gerekçesi ve bu amaç veya amaçlara ulaşmak için bibliyometrik analiz kullanma nedenlerinin ortaya konması gerekir. Bibliyometrik analiz sürecinde tipik olarak aşağıdaki Tablo 3.2.'de verilen soruların yanıtlarının araştırılmasıyla çalışma amaçlarına ulaşılmaktadır (Öztürk ve diğ, 2024).

Tablo 3.2. Bibliyometrik Analizin Yanıt Aradığı Sorular

Performans Analizi ile İlgili Tipik Sorular	Bilim Haritalama ile İlgili Tipik Sorular
• İlgili araştırma alanında en çok yayını olan yazar(lar), kurum(lar) ve ülke(ler) hangileridir? • Hangi dergiler alana hakimdir (en çok makalenin yayınlandığı dergiler/yayınlar nelerdir)? • Alanın en etkili (en çok alıntı yapılan) yazarları, makaleleri ve dergileri hangileridir? (atıf analizi) • Alıntılarının dağılımı Bradford Yasasına uygun mu? • En çok araştırılan konular/kavramlar nelerdir? • Bildiri sayısındaki artış/azalış trendi nedir?	• Yazarlar, kurumlar ve ülkeler arasındaki ilişki (ağ) nasıldır? (ortak yazar analizi) • En çok araştırılan konular/kavramlar arasındaki ilişki (ağ) nasıldır? (ortak kelime analizi) • En çok (ortak) alıntı yapılan ve alıntı yapılan yayınlar arasındaki ilişki (ağ) nasıldır? (ortak alıntı analizi ve bibliyografik birleştirme)

Bibliyometrik analiz sürecinin ikinci aşamasını veri toplama aşamasıdır. Veri toplama aşamasında veri tabanlarının seçilmesi, arama terimlerinin kararlaştırılması, makale filtreleme

işlemleri gerçekleştirilmektedir. Bu aşamada, Web of Science, Scopus ve Google Scholar gibi veri tabanlarından ilgili çalışmalar derlenmektedir. Bu aşamanın sonucunda, bibliyometrik çalışmanın temelini oluşturan ilgili yayınları içeren kapsamlı veri seti oluşturulur (Passas, 2024). Bu araştırmada Web of Science veri tabanı dikkate alınmıştır. Web of Science 1864 yılından itibaren yayınlanan 34.000 den fazla derginin yer aldığı, 235 Milyondan fazla çalışmaya ait meddatanın bulunduğu ve 2,9 milyar atıf linkini içeren bir veri tabanıdır (<https://clarivate.com/academia-government/scientific-and-academic-research/research-discovery-and-referencing/web-of-science/>). Çalışmada anahtar kelime olarak “topic “ kısmına health system performance” terimi yazılmış ve Citatiton Micro Topics kısmında “1156-healthcare policy”, dil seçeneği olarak “İngilizce” seçilmiştir. [health system performance (Topic) and 1.156 Healthcare Policy (Citation Topics Meso) and English (Languages)]. Sonuç olarak yayın sayısı 3.340 olarak belirlenmiştir. Tarama linki aşağıda verilmiştir:

<https://www.webofscience.com/wos/woscc/summary/45b8217f-3646-48fc-9d71-92d4b56b9f31-01706abe88/relevance/1>

Verilerin analizi sırasında 1990 öncesi yayınlanmış iki çalışma ayıklanmış, analize tabi tutulan yayın sayısı 3.338 olarak gerçekleşmiştir. Araştırma kapsamına alınacak yayın sayısını daha yakın zamana getirmek ve artırmak için son tarama tarihi, 25 Temmuz 2025 (saat 17:26) olarak kararlaştırılmıştır. Bu tarihten önce de Web of Science veri tabanında taramalar yapılmış; bibliyometrik analizler gerçekleştirilmiştir. Bu ön denemelerin amacı, veri kalitesi ile ilgili muhtemel problemler azaltmak, araştırmanın uygulama ve raporlama (bulgular ve tartışma) kısmı için ön hazırlıklar yapmaktır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Verilerle İlgili Temel Bilgiler

Araştırma kapsamına alınan yayınlarla ilgili başlıca bilgiler Tablo 4.1.'de verilmiştir. Araştırmada 1990-2025 yılları arasında yayınlanan 657 dergi ve kitap yer alan 3340 çalışma incelenmiştir. 1990-2025 yılları arasında yayın sayısında yıllık ortalama % 13 artış gözlenmiştir. Her yayın ise ortalama 26 atıf almıştır. Yayın sayılarının yıllara göre dağılımı Şekil 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamındaki Yayınlarla İlgili Bilgiler

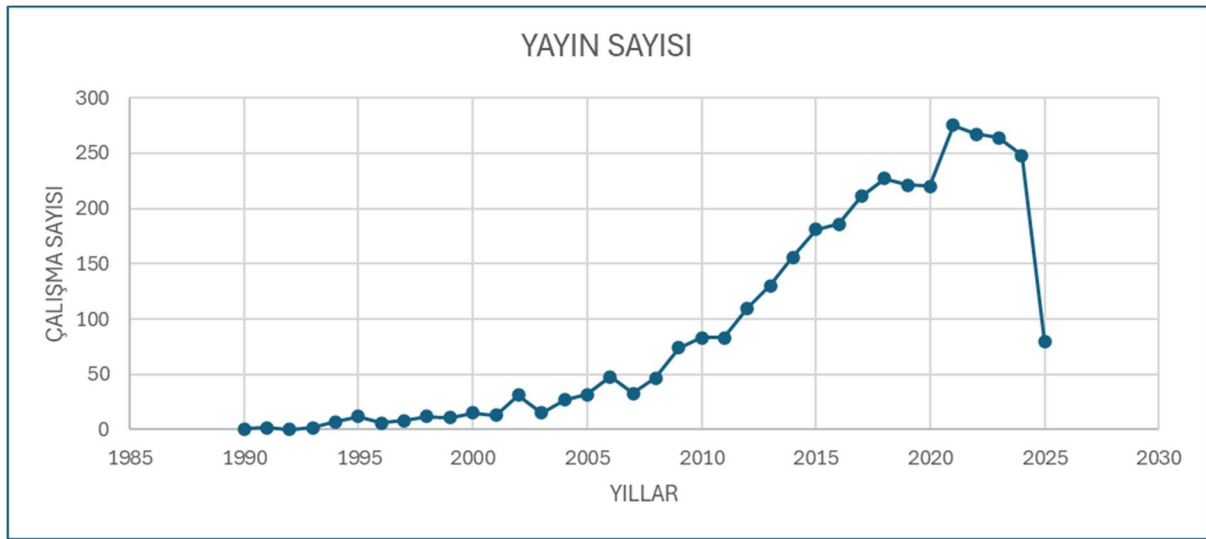
TEMEL BİLGİLER	
Zaman aralığı	1990-2025
Kaynaklar (dergi, kitap vb)	656
Yayın sayısı	3.338
Makale	2.826
Bildiri	35
Başmakale(Editorial)	85
Derleme (Review)	298
Diğer	14
Anahtar kelime sayısı	
Anahtar Kelimeler +(ID)	2612
Yazarın Anahtar Kelimeleri (DE)	5702

4.1.1.Yayın Sayıları

Sağlık sistemi performansı konusuyla ilgili olarak yayınlanan çalışmaların yıllara göre dağılımı Şekil 4.1'de verilmiştir. Yayın sayısının 2007 yılından itibaren giderek artan bir trend

gösterdiği, bu artış trendinin 2021 yılına kadar devam ettiği, 2022 yılından itibaren yayın sayısının düşmeye başladığı görülmektedir. 2007 yılında DSÖ'nün sağlık sistemi yapı taşları modelini (WHO, 2007); 2006 yılında da OECD'nin daha sonra sağlık sistemi performans modeli olarak kabul edeceği Health Care Quality Improvement (HCQI) modelini duyurmasının etkili olduğu düşünülmektedir (Kelley, Hurst, 2006)

Şekil 4.1. Yıllara Göre Yayın Sayısı



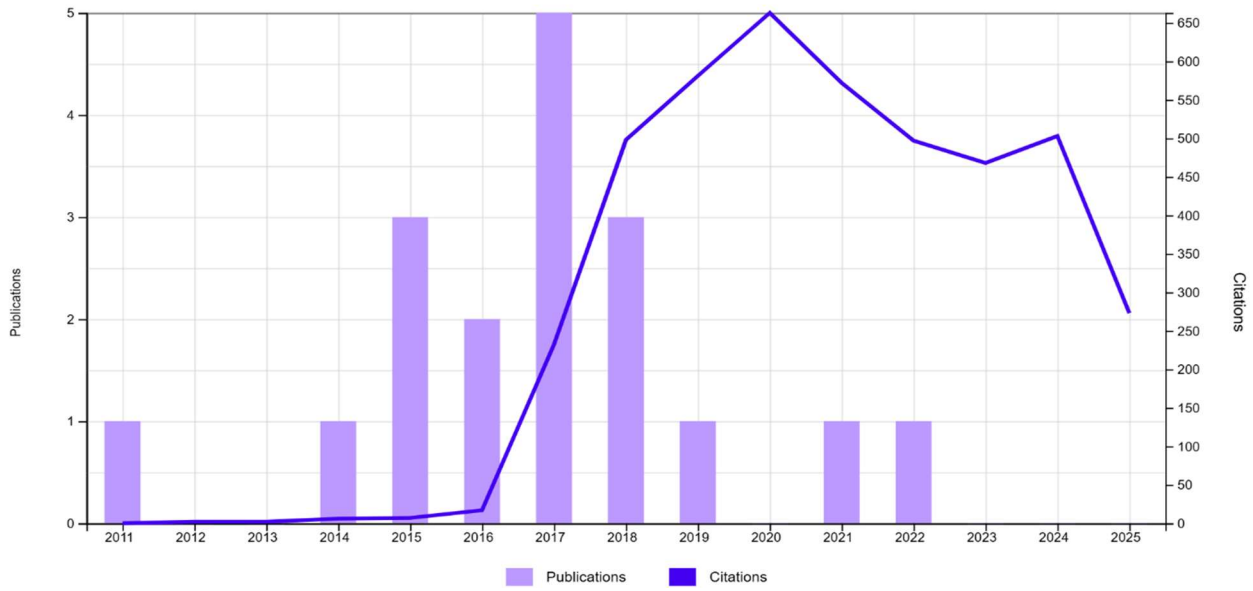
Tablo 4.2’de yayınlarla ilgili temel istatistikler verilmiştir. 1990-2025 yılları arasında yayın sayılarında yıl başına ortalama % 13’lük bir artış ortaya çıkmaktadır. Bu durum konuya ilginin sürekli arttığı şeklinde yorumlanabilir. Yayınların ortalama yaşı 8.14 yıldır. Bu süre konunun olgunlaşma aşamasına doğru ilerlediğini gösterebilir. Her yayın başına ortalama 26 atıf yapılırken, yayınlarda kullanılan referans (kaynakça) sayısı ise 93.000’den fazla olup, bu durum her çalışmada ortalama 30 kaynağın kullanıldığını göstermektedir.

Tablo. 4.2. Yayınların Genel Özellikleri ile İlgili Bilgiler

Yayın İstatistikleri	Değer
Yayın sayısındaki yıllık artış hızı %	13,3
Yayınların ortalama yaşı (yıl)	8,14
Yayın başına ortalama atıf sayısı	26,05
Toplam referans sayısı	93.618

Türkiye’den yayın sayıları ve atıf sayıları Şekil 4.2’de verilmiştir. 1990-2000 döneminde Sağlık sistemi performansı (SSP) konusuyla ilgili Türkiye’den 18 çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışma sayısının, oransal olarak oldukça yetersiz bir sonuç olduğu söylenebilir.

Şekil 4.2. Türk Bilim İnsanları Tarafından Yapılan Yayınlar ve Atıf Sayıları



4.2. Kaynaklar İle İlgili Bulgular

Bu başlık altında SSP konusunda yapılan makalelerin ve diğer yayınların yer aldığı kaynaklar (dergiler, vb.) ile bulgular verilmiştir. Bu başlıkta SSP konusuyla en ilgili (en çok çalışmanın yayınlandığı) kaynaklar, kaynaklara yapılan atıflar, kaynaklardaki yayın sayıları ve kaynakların etki faktörleri incelenmektedir.

4.2.1. SSP konusuyla en ilgili kaynaklar

En ilgili kaynaklar, seçilen konuyla (topic) alakalı en çok çalışmanın yayınlandığı kaynaklardır. En ilgili kaynaklar, konuyla ilgili bilgi birikimine en fazla katkıyı yapan kaynaklar olarak görülebilir. SSP konusuyla ilgili çalışmaların en sık yayınlandığı ilk 10 dergi Tablo 4.3.'de verilmiştir. BMC Health Services Research en fazla makalenin yayınlandığı dergi olarak görünmektedir. Springer Nature bünyesinde yer alan dergi, sağlık hizmetleri ile ilgili farklı yönleriyle ilgili makalelerin yayınlandığı, açık erişimli hakemli bir dergidir. Dergi yayın politikası olarak, dijital sağlık, yönetim, sağlık politikası, sağlık sistemi kalitesi ve güvenliği, sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim, sağlık finansmanı ve ekonomisi, sağlık reformlarının uygulanması ve sağlık insangücü gibi temel alanlara odaklanmaktadır (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/about>).

Tablo 4.3. En Sık Yayın Yapılan İlk 10 Dergideki Çalışma Sayıları

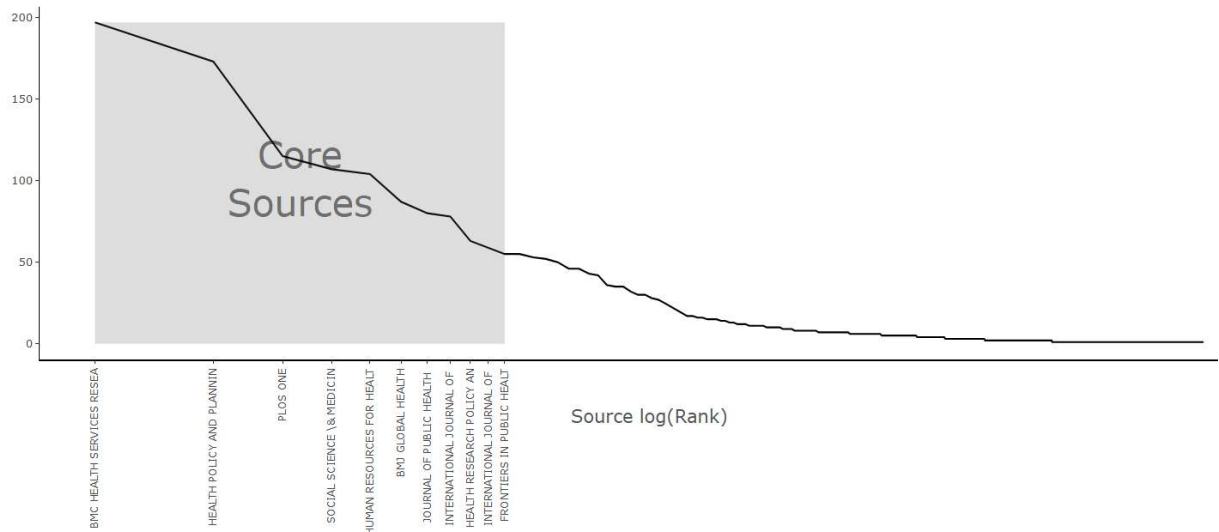
Dergiler	Yayın Sayısı
BMC HEALTH SERVICES RESEARCH	197
HEALTH POLICY AND PLANNING	173
PLOS ONE	115
SOCIAL SCIENCE & MEDICINE	107
HUMAN RESOURCES FOR HEALTH	104
BMJ GLOBAL HEALTH	87
JOURNAL OF PUBLIC HEALTH MANAGEMENT AND PRACTICE	80
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT	78
HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS	63
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH POLICY AND MANAGEMENT	59

Health Policy and Planning dergisi ise Oxford Academic bünyesinde yer alan; düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık politikalarının ve sağlık sistemlerinin tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesi ile ilgili yüksek kaliteli araştırmalar ve orijinal fikirler yayınlamayı misyon edinmiş hakemli, açık erişimli (2024 yılı itibarıyla tamamen açık erişimli hale gelmiştir) bir

dergidir (<https://academic.oup.com/heapol/pages/About>). PLOS ONE, Public Library of Science (ABD) bünyesinde yer alan dergi olup, farklı disiplinlerdeki makaleler yayınlamaktadır. Dergi, açık erişimlidir.

Social Sciences & Medicine, sağlıkla ilişkili sosyal bilimler alanındaki araştırmalarının yayılması için uluslararası ve disiplinlerarası bir forum sağlamak amacıyla güden bir dergidir. Dergide, sosyal bilimcileri, sağlık profesyonelleri ve politika yapıcıları güncel araştırma, politika ve uygulamaları hakkında bilgilendirmek için sağlık konularında orijinal araştırma makaleleri (hem ampirik hem de teorik), derlemeler yayınlanmaktadır. Dergi Elsevier bünyesinde yer almaktadır. Springer Nature bünyesinde yer alan Human Resources for Health dergisi sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının planlanması, eğitimi, yönetiminin tüm yönleriyle ilgili makaleleri kabul etmektedir (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/>). Yukarıda verilen ilk 10 dergi aynı zamanda Bradford Yasasına göre çekirdek (core) dergiler olarak ortaya çıkmaktadır (Şekil 4.3.). Bradford kanunu, belirli bir alanda yazılan makalelerin üç eşit parçaya ayrılabilceğini ancak makale sayılarının dergi gruplarına göre farklılaşacağını (azalacağını) ileri sürmektedir. Bradford yasası, toplam makale sayısını üç ana eşit parçaya böldüğümüzde, toplam makale sayısının üçte birinin az sayıda dergide (çekirdek grubu dergiler), diğer 1/3 makalenin ise daha fazla dergide, geriye kalan 1/3 makalenin ise çok daha fazla dergide yayınlanması durumudur (Dasai ve diğ, 2018). Çalışmada Tablo 4.3.'de verilen 10 dergi dışında Frontiers of Public Health dergisinin de çekirdek (core) dergi kategorisinde bulunduğu saptanmıştır.

Şekil 4.3. Bradford Yasasına Göre Kaynakların Sınıflandırılması



4.2.2.SSP konusuyla ilgili en fazla atıf yapılan yerel kaynaklar

Yerel (lokal) kaynak, araştırma kapsamına alınan yayınlar kümesi anlamına gelmektedir. Bu çalışmada 656 yerel kaynak bulunmaktadır. Atıf sayıları bir kaynağın diğer kaynaklar tarafından yararlanılma ve kullanılma derecesini ifade etmektedir. Atıf sayıları bir makalenin konusu veya alanıyla ilgili olarak yarattığı etkiyi göstermesi bakımından önemli bir metrik olarak görülmektedir. Ayrıca, atıf sayıları kullanılarak etki faktörleri, h-indeksi değerleri hesaplanmakta; makalenin yayınlandığı dergi ve yazarlar hakkında bilgi vermektedir (Kızıloz, 2020). SSP ile ilgili konuda en sık atıf yapılan ilk 10 yerel kaynak (dergi) Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.4. SSP Konusunda En Çok Atıf Alan Kaynaklar

DERGİLER	ATIF SAYILARI
LANCET	5.218
HEALTH POLICY PLANNING	3.994
SOC SCI MED	2.945
BMC HEALTH SERV RES	2.602
BULLETIN OF WORLD HEALTH ORGAN	2.390
HUM RESOUR HEALTH	2.119
PLOS ONE	1.831
HEALTH POLICY	1.322
HEALTH AFFAIR	1.259
AMERICAN J. PUBLIC HEALTH	1.186

Sağlık sistemi performansı konusunda yapılan atıfların dağılımı incelendiğinde en fazla atıfın Lancet dergisindeki makalelere yapıldığını, bu dergiyi Şekil 4.3.'de verilen Bradford yasasına göre çekirdek olarak tanımlanan dergilerin izlediği görülmektedir.

4.2.3.SSP konusuyla en ilgili kaynakların yerel etki faktörleri

Etki faktörü, bir kaynağın kendi alanındaki göreceli önemini değerlendirmek ve bir dergideki "ortalama makalenin" belirli bir zaman diliminde alıntılanma sıklığını ölçmek için yaygın olarak kullanılan bir göstergedir (Sharma ve diğ., 2014). Etki faktörü, kütüphaneciler tarafından kütüphane koleksiyonları için dergi seçiminde kullanılır ve bazı ülkelerde, akademik

tanıtım ve fon tahsisi amacıyla bireysel bilim insanlarını ve kurumları değerlendirmek için de dikkate alınmaktadır (Saha ve diğ, 2003). Araştırma konusuyla ilgili makalelerin yayınlandığı ilk 10 kaynağın derginin etki faktörleri Tablo 4.4.’de verilmiştir. H indeksi en yüksek dergi Lancet olup, bu dergiyi Health Policy and Planning, BMC Health Services Research ve Social Science & Medicine dergileri izlemektedir. G indeks bakımından ise ilk sırada BMC Health Services Research ve Health Policy and Planning dergileri yer almaktadır.

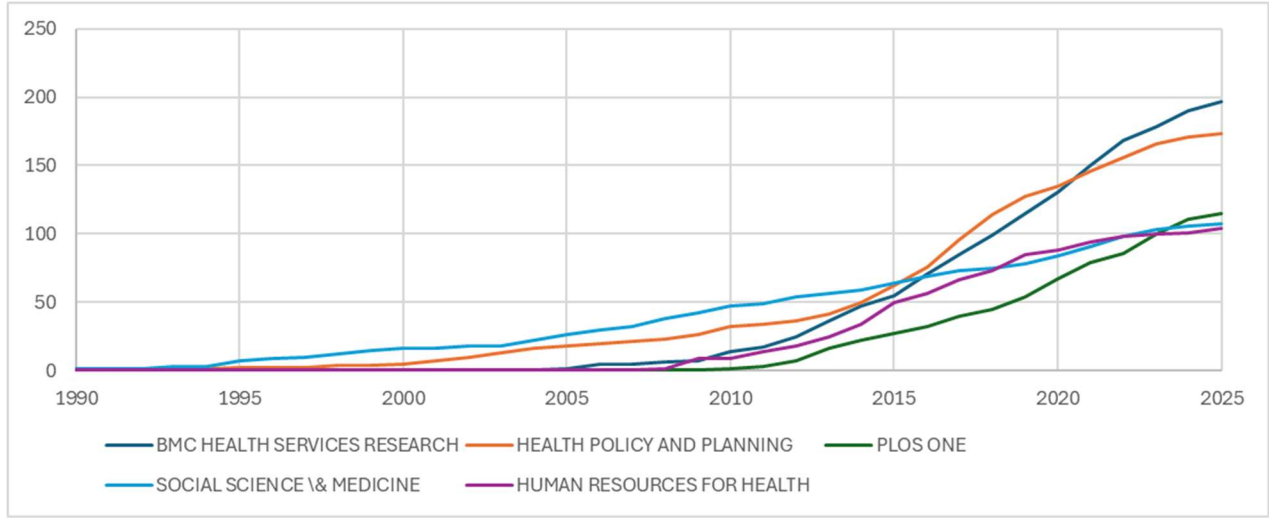
4.2.4. SSP konusuyla en ilgili kaynaklardaki yayın sayılarının gelişimi

SSP konusuyla ilgili olarak en sık yayın yapılan ilk beş dergide yayınlanan makale sayılarının yıllara göre kümülatif değişimi Şekil 4.4.’de verilmiştir. Grafik incelendiğinde tüm dergilerdeki sağlık sistemi performansı ile ilgili makale sayısında bir artış trendinin bulunduğu ancak; özellikle 2015 yılından itibaren BMC Health Services Research ve Health Policy and Planning dergilerindeki makale sayısının diğer dergilere oranla daha fazla arttığı gözlenmektedir.

Tablo 4.5. SSP Konusunda En Çok Atıf Alan Kaynaklar

Dergiler	h_index	g_index	m_index	Toplam Atıf	Yayın Sayısı
Lancet	41	46	1,464	11.884	46
Health Policy And Planning	40	67	1,143	5.700	173
BMC Health Services Research	39	59	1,857	4.806	197
Human Resources For Health	36	58	2	3.898	104
Social Science & Medicine	35	66	0,972	4.730	107
Plos One	28	42	1,75	2.104	115
Health Policy	27	51	0,844	2.605	53
Bulletin Of The World Health Organization	26	52	0,963	4.152	52
Health Research Policy and Systems	23	39	1,438	1.674	63
BMJ Global Health	22	42	2,2	2.074	87

Şekil 4.4. Kaynaklardaki SSP ile İlgili Yayınların Yıllara Göre Dağılımı



4.3. Yazarlarla İlgili Bulgular

SSP konusu ile ilgili olarak 1990-2025 yılları arasında WoS veri tabanında taranan dergilerde yayınlan 3.338 çalışma, 18.313 yazar tarafından gerçekleştirilmiştir. Tek yazarlı yayınlar, toplam yayınların % 6,7 'sini oluşturmaktadır. Çalışmaların çok bir bölümünün ortak yazarlı eserlerden oluştuğu ve bir eserin ortalama 8 yazar tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Çok yazarlı eser sayısının hemen hemen tüm disiplinlerde giderek arttığı görülmektedir (Acedo ve dig, 2006; Hendriksen, 2016). Zira Hendriksen (2016), kapsamlı deneyleri, büyük veri setlerini, ileri istatistiksel yöntemleri içeren ve aynı zamanda ekip çalışmasını gerektiren konularda ortak yazarlı çalışmaların arttığını ifade etmektedir.

Tablo 4.6. Yazarlara İlişkin Genel Bilgiler

Yazarlara İlişkin Genel Bilgiler	Sayı
Yazar sayısı	18.313
Tek yazarlı çalışma sayısı	223
Ortak Yazarlı Çalışmalardaki Ortalama Yazar Sayısı	8,48
Uluslararası işbirliği (co-authorships) yapan yazar Oranı (%)	49,88

Çok yazarlı eser sayısının fazla olmasının temel nedeninin sağlık sistemi performansı konusunun halk sağlığı, sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı, sağlık yönetimi gibi çok farklı disiplinlerini içermesi olduğu ileri sürülebilir. Uluslararası işbirliğinin artmasının temel nedeninin de, sağlık sistemi performansı konusuna tüm devletlerin ilgi göstermesi ve bu alanda uluslararası kuruluşlarca (OECD, WHO, vb) desteklenen projeleri başlatması olduğu düşünülmektedir. Carinci ve diğ (2015) OECD'nin HCQI revize edilmiş çerçevesinin, performans ölçümü için ortak bir zemin oluşturmaya kararlı bir grup ülke arasındaki uzun süredir devam eden uluslararası iş birliğinin yeni bir kilometre taşını temsil ettiğini ileri sürmektedir.

4.3.1. SSP konusuyla en ilgili yazarlar

Sağlık sistemi performansı konusunda çalışan yazarların yayın sayıları ile ilgili bulgular Tablo 4.5.'de verilmiştir. Tablonun ikinci sütununda yazarların düzeltilmiş (fractionalized) makale sayıları verilmiştir. Düzeltilmiş makale sayısı, bir makaledeki yazar sayısını dikkate alan bir ölçüttür. Bir yazarın tek başına yazdığı bir makalesi varsa, makale sayısı ve düzeltilmiş makale sayısı 1 olacaktır. Buna karşılık bir yazarın, 4 yazarla birlikte yazdığı makalesi var ise, yazarın makale sayısı 4 olacak ancak düzeltilmiş makale sayısı $(1/4+1/4+1/4+1/4)= 1$ olacaktır. Konuyla ilgili en fazla yayın yapan ilk üç yazar, Alan D. Lopez, Christopher Murray, Rafael Luzano'dur. Bu üç yazar, küresel hastalık yükü, hastalık ve ölüm nedenleri, nüfus sağlığı ölçütleri, evrensel sağlık kapsayıcılığı, sözel otopsi konularında ortak çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmalara örnek olarak şunlar verilebilir:

Tablo 4.7. Yazarların Yayın Sıklıkları

Yazarlar	Makale Sayısı	Düzeltilmiş Makale Sayısı
LOPEZ AD	30	2,07
MURRAY CJL	30	3,23
LOZANO R	28	2,12
BORGHI J	25	4,67
RIDDE V	24	5,53
WANG H	23	3,61
WHO	22	1,01
KRUK ME	22	4,51
MCKEE M	22	4,56
GUPTA R	21	0,55

- **Murray, C.J.L. ve dig (2012)** Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859): 2197-2223.
- **Lozano, R. ve dig (2012)** Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859): 2095-2128.)
- **Murray, C.J.L. et al (2015).** Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, 386(10009): 2145-2191.
- Foreman, K. J., Lozano, R., Lopez, A. D., & Murray, C. J. (2012). Modeling causes of death: an integrated approach using CODEm. *Population health metrics*, 10, 1. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-1>
- Murray, C. J., Lopez, A. D., Black, R., Ahuja, R., Ali, S. M., Baqui, A., Dandona, L., Dantzer, E., Das, V., Dhingra, U., Dutta, A., Fawzi, W., Flaxman, A. D., Gómez, S., Hernández, B., Joshi, R., Kalter, H., Kumar, A., Kumar, V., Lozano, R., ... Tallo, V. (2011). Population Health Metrics Research Consortium gold standard verbal autopsy validation study: design, implementation, and development of analysis datasets. *Population health metrics*, 9, 27. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-9-27>
- Phillips, D. E., Lozano, R., Naghavi, M., Atkinson, C., Gonzalez-Medina, D., Mikkelsen, L., Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2014). A composite metric for assessing data on mortality and causes of death: the vital statistics performance index. *Population health metrics*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-12-14>

Prof. Dr. Alan Lopez, hastalık ve ölüm nedenlerinin tahmin edilmesi konularında ön plana çıkan epidemiyolog ve halk sağlığı uzmanıdır. Alan Lopez ayrıca tütün ve diğer risk faktörlerinin ölçülmesi ve hastalık yükü hesaplamalarında kullanılmasına da öncülük etmiştir.

Alan D. Lopez ve Christopher Murray Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde küresel hastalık yükü hesaplama metodolojisini geliştiren bilim adamlarıdır. İki yazarın geliştirdiği DALY kavramı, toplum sağlığını ölçmede ve kaynak tahsis kararlarında politika yapıcılara yol göstermektedir. Prof. Dr. Christopher Murray, hastalık yükü modelinin geliştirilmesi yanında Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemi performans değerlendirme modelinin geliştirilmesine de öncülük etmiştir (Murray, Evans, 2003). Christopher Murray, Dünya Sağlık Araştırması, maliyet-etkinlik analizi, ulusal sağlık hesapları, katastrofik sağlık harcamaları, sağlık finansman politikası, temel sağlık müdahalelerinin kapsamı, bakım kalitesi ve hasta güvenliği, sağlık sistemlerinin yönetimi, sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi, sağlık araştırma politikaları ve bilgi yönetimi konularında da çalışmalar yapmıştır (Lopez ve diğ, 2006). Dr. Lozano, epidemiyolojik istatistik, teori ve yöntemlere önde gelen katkılarda bulunmuştur. Üç yıl boyunca Cenevre'deki Dünya Sağlık Örgütü'nde (WHO) Küresel Sağlık Politikası Kanıt Programı'nda Kıdemli Epidemiyolog olarak çalışmış ve Meksika Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü'nde Epidemiyoloji Bölümü ve Epidemiyolojik Araştırmalar Bölümü'nün başkanlığını yapmıştır (https://www.mia.as.miami.edu/_assets/pdf/Rafael%20Lozano%20Ascencio.pdf).

4.3.2.SSP konusuyla ilgili en fazla yerel atıf alan yazarlar

SSP konusuyla ilgili yazarların çalışmalarına yapılan atıf sayıları Tablo 4.8'de verilmiştir. Rafael Lozano, Rao Gupta, Christopher Murray, Gakidou ve Anand S çok sık yerel atıf alan ilk beş yazardır.

Tablo 4.8. Yazarlara Yapılan Atıflar

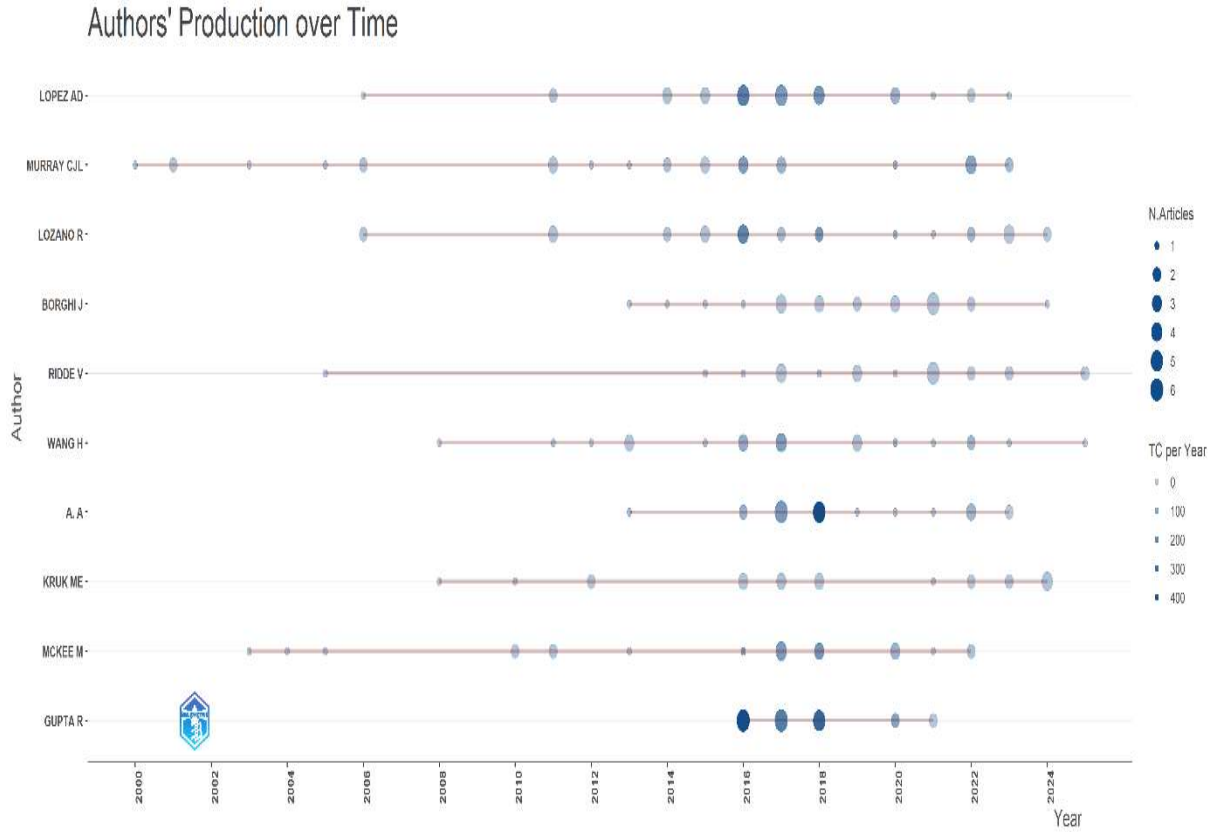
Yazarlar	Yerel Atıf Sayıları
LOZANO R	86
GUPTA R	82
MURRAY CJL	67
GAKIDOU E	65
ANAND S	53
BOUFFORD JI	53
BROWN H	53
CHEN L	53
CHOWDHURY M	53
CUETO M	53

Rakesh Gupta sağlıklı hizmetlerine erişim, kalite, hastalık yükü, bebek ölümleri konusunda çalışmaları bulunan bir bilim insanıdır. Emmenueal Gakidou'nun sağlığın sosyal belirleyicisi olarak eğitim ve sağlık sonuçlarına etkisi, mortality ölçümü (Murray ve Lopez ile ortak) konularında çalışmaları bulunmaktadır. Sudhir Anand, sağlıkta insan kaynakları, halk sağlığı, evrensel sağlık kapsayıcılığı, sağlığın sosyal belirleyicileri gibi geniş bir alana yayılan çalışmalar yapmıştır.

4.3.3. SSP konusuyla en ilgili yazarların yayın sayılarının gelişimi

Şekil 4.5'de SSP konusuyla en ilgili yazarların yayın sayılarının yıllara göre dağılımı verilmiştir. Şekildeki yatay çizginin uzunluğu, yazarın ilk ve en son çalışmasının yayınlandığı tarihler arasındaki sürenin uzunluğunu göstermektedir. Dairelerin genişliği o yıla ait atıf sayısını, dairenin renginin koyuluğu ise yayın sayısını göstermektedir. En uzun döneme yayılan çalışmalar yapan yazar Christopher Murray'dir. Gupta ise yayın sayısı ve atıf sayısı bakımından son yıllarda en yüksek performans gösteren yazardır.

Şekil 4.5’de SSP konusuyla en ilgili yazarların yayın sayılarının yıllara göre dağılımı



4.3.4. SSP konusuyla en ilgili yazarların yerel etki faktörleri

SSP konusunda çalışan yazarların etki faktörleri Tablo 4.9’de verilmiştir. “h-indeksi, bir derginin akademik çıktısının kümülatif etkisinin ve performansının bir ölçüsüdür. Örneğin, 10’luk bir h-indeksi, bir derginin en az on atıf alan en az on makale yayınladığını gösterir. G-indeksi, belirli bir derginin aldığı atıf sayısına göre hesaplanır. M-indeksi ise h-indeksinin derginin aktif kariyer süresine bölünmesiyle elde edilir”(Alkhamash R.,2023). h-indeks bakımından ilk beş yazar Murray, Lopez, Lozano, McKee ve Naghavi’dir. Atıf sayısı bakımından ise en etkili yazar Gupta’dır. En çok yayın yapan ilk iki yazar ise Murray ve Lopez’dir.

Tablo 4.9. SSP Konusuyla En İlgili Yazarların Yerel Etki Faktörleri

Author	h_index	g_index	m_index	TOPLAM ATIF	YAYIN SAYISI	YAYIN BAŞLANGIÇ YILI
MURRAY CJL	25	30	0,962	5.157	30	2000
LOPEZ AD	21	30	1,05	6.414	30	2006
LOZANO R	20	28	1	5.464	28	2006
MCKEE M	18	22	0,783	5.172	22	2003
NAGHAVI M	18	18	1,5	5.568	18	2014
WANG H	18	23	1	3.382	23	2008
WHO (Ed)	17	22	1,308	6.278	22	2013
GUPTA R	17	21	1,7	10.000	21	2016
WITTER S	16	20	1,067	587	20	2011
GILSON L	15	19	0,469	807	19	1994

4.4. Yazarların Kurumları

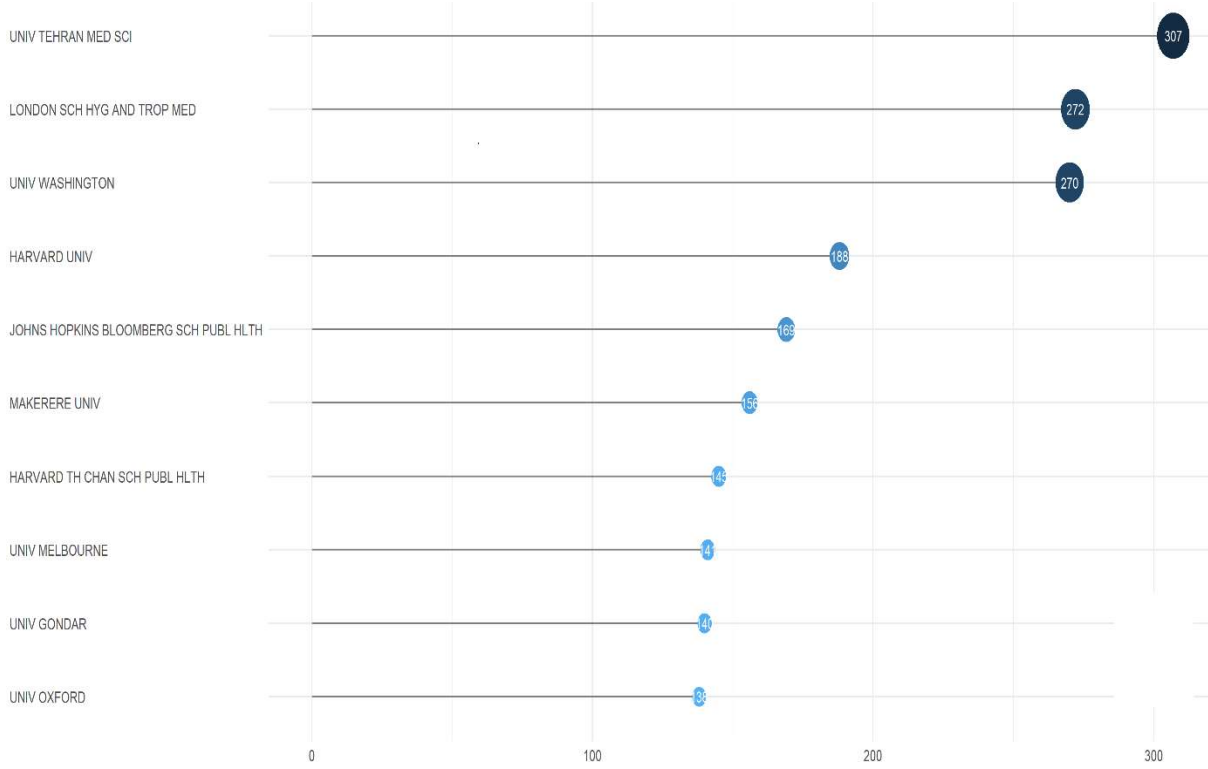
4.4.1. SSP konusuyla en ilgili üniversiteler

SSP konusuyla ilgili yayınların ilişkili (afiliasyon) oldukları üniversitelere göre dağılımı Tablo 4.10'da ve Şekil 4.6'da verilmiştir. SSP konusuyla ilgili en fazla yayın yapan üniversite Tahran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesidir. Bu kurumu, London School of Hygiene and Tropical, Washington Üniversitesi, Harvard Üniversitesi ve Johns Hopkins Blumberg Halk Sağlığı Okulu izlemektedir.

Tablo 4.10. Yayınların Üniversitelere Göre Dağılımı

ÜNİVERSİTELER	Makale Sayısı
UNIV TEHRAN MED SCI	307
LONDON SCH HYG AND TROP MED	272
UNIV WASHINGTON	270
HARVARD UNIV	188
JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCH PUBL HLTH	169
MAKERERE UNIV	156
HARVARD TH CHAN SCH PUBL HLTH	145
UNIV MELBOURNE	141
UNIV GONDAR	140
UNIV OXFORD	138

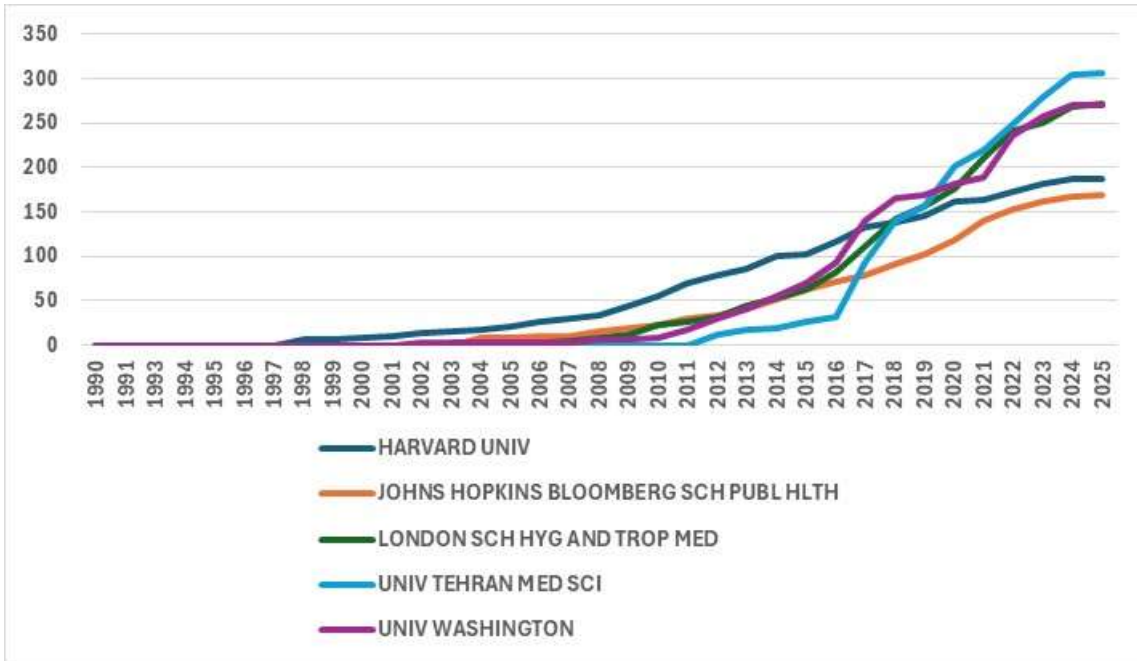
Şekil 4.6. SSP konusuyla ilgili yayınların Yazarların Çalıştığı üniversitelere göre dağılımı



4.4.2. SSP konusuyla en ilgili üniversitelerin yayın sayılarının yıllara göre dağılımı

SSP konusuyla ilgili en çok yayın yapan beş üniversitenin yıllara göre yayın sayıları Şekil 4.7’de verilmiştir. SSP konusunda 2016 yılına kadar en fazla yayın yapan kurum Harvard Üniversitesi iken, 2017-2019 yılları arasında Washington Üniversitesi ön plana çıkmaktadır. 2019 yılından itibaren ise Tahran Üniversitesi’nin en fazla yayın yapan kurum haline geldiği anlaşılmaktadır.

Şekil 4.7. SSP Konusuyla En ilgili Üniversitelerin Yayın Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı



4.4.3. SSP konusuyla ilgilenen sorumlu yazarların ülkelere göre dağılımı

SSP konusunda yayınlarda sorumlu yazar olarak yer alan yazarların ülkelere göre dağılımı ve ülkelerin uluslararası işbirliği derecesi ile ilgili bulgular Tablo 4.11’de ve Şekil 4.8’de verilmiştir. Sorumlu yazarların büyük bir bölümü ABD vatandaşıdır. Bu ülkeyi İngiltere, Çin ve Brezilya izlemektedir.

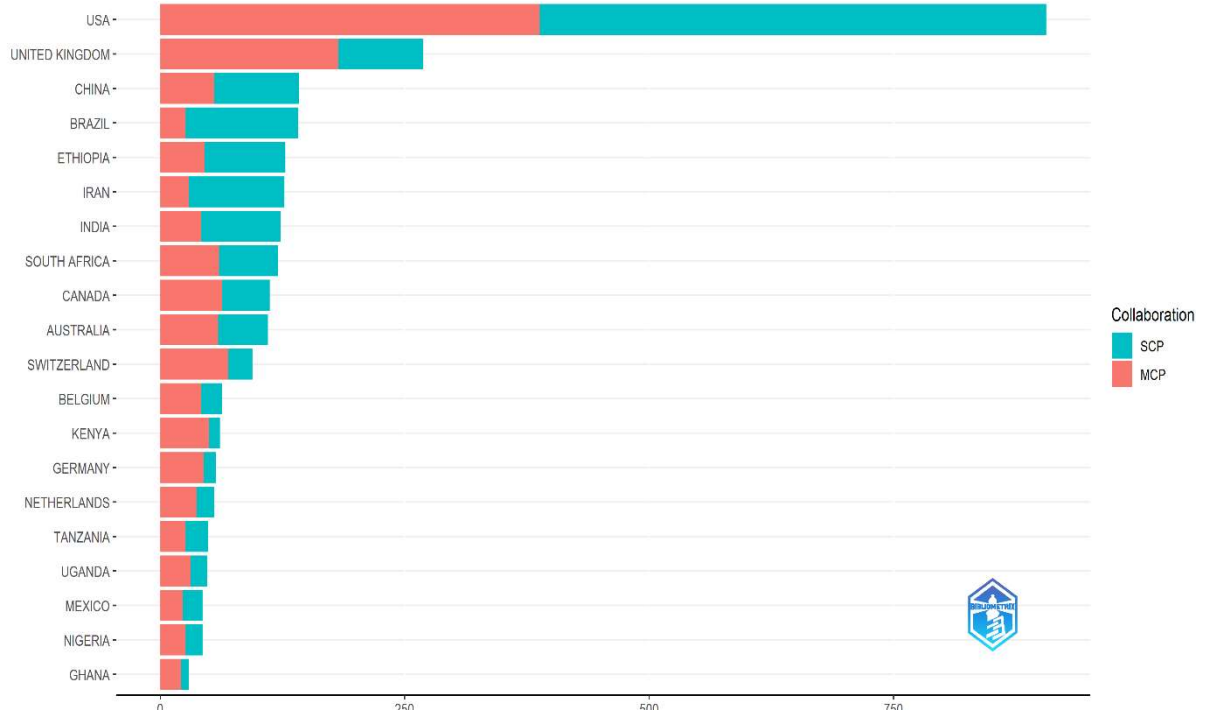
Tablo 4.11. Sorumlu Yazarların Ülkelere Göre Dağılımı

ÜLKELER	Yayın Sayısı	Yayın %	SCP	MCP	MCP %
USA	906	27,1	518	388	42,8
UNITED KINGDOM	269	8,1	87	182	67,7
CHINA	142	4,3	87	55	38,7
BRAZIL	141	4,2	115	26	18,4
ETHIOPIA	128	3,8	83	45	35,2
IRAN	127	3,8	98	29	22,8
INDIA	123	3,7	81	42	34,1
SOUTH AFRICA	120	3,6	60	60	50
CANADA	112	3,4	49	63	56,3
AUSTRALIA	110	3,3	51	59	53,6

SCP: Tek Ülke Yayınları (Single Country Publications), MCP: Çoklu Ülke Yayını (Multiple Country Publication)

ABD’nde sorumlu yazarların % 51,2’si kendi ülkesindeki diğer bilim insanları, % 42,8’i ise diğer ülkelerdeki bilim insanları ile işbirliği yaparak çalışmalarını tamamlamışlardır. SSP konusunda diğer ülkelerdeki bilim insanları işbirliği yapma oranı, İngiliz sorumlu yazarlarda oldukça yüksektir. İngiliz sorumlu yazarların % 67,7’si, diğer ülkelerdeki bilim insanlarla işbirliği yapmışlardır. Uluslararası işbirliği anlamında İngiltere’yi, Kanada (% 56,3) ve Avustralya (%53,6) izlemektedir. Brezilya ve İran uluslararası işbirliği konusunda en düşük oranlara sahip ülkelerdir.

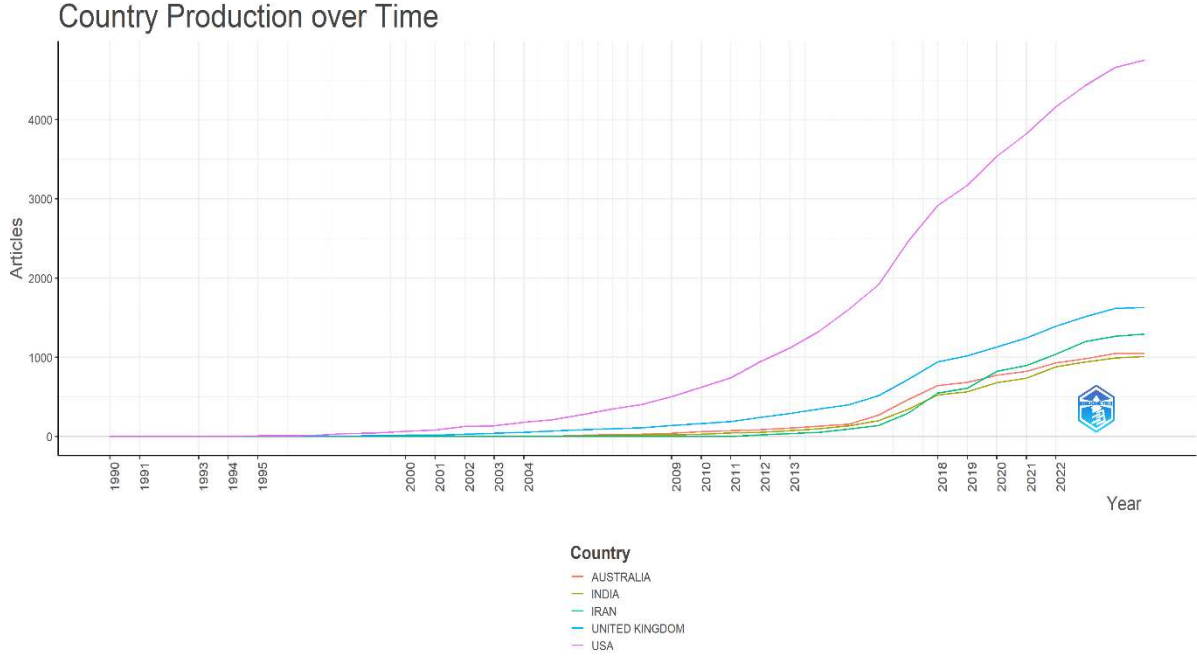
Şekil 4.8. Sorumlu Yazarların Ülkelere Göre Dağılımı



4.4.4. Ülkelerin SSP konusuyla ilgili yayın sayılarının yıllara göre dağılım

Şekil 4.9’da yıllara göre ülkelerdeki yazarların çalıştığı ülkeye göre yayın sayıları verilmiştir. Bu grafikteki değerleri yorumlarken, makaledeki yazar sayılarının dikkate alındığı göz önünde tutulmalıdır. Örneğin bir makalede 6 yazarlar içinde 4 yazar ABD’li ise, makale sayısı 4 olarak sayılmaktadır. Yayın sayısı bakımından ülkeler arasındaki liderliği ABD yapmaktadır. Bu ülkeyi İran izlemektedir. Özellikle 2009 yılından itibaren ABD ve diğer ülkeler arasındaki yayın sayısı bakımından çok ciddi farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte 2016 yılından itibaren grafikte yer alan ülkelerin yayın sayılarının artış trendinin yükselmeye başladığı görülmektedir.

Şekil 4.9. Yıllara Göre Ülkelerin Yayın Sayıları



Tablo 4.12. SSP Konusuyla İlgili Çalışmaların (makale vb.) Ülkelere Göre Dağılımı

ÜLKELER	Yayın Sayısı
USA	4.751
UK	1.631
IRAN	1.294
AUSTRALIA	1.054
INDIA	1.014
ETHIOPIA	971
CHINA	787
BRAZIL	754
CANADA	743
SOUTH AFRICA	719

4.4.5. En çok atıf alan ülkeler

SSP konusunda yapılan atıfların ülkelere göre dağılımı Tablo 4.13’de verilmiştir. SSP konusuyla ilgili çalışmalarda en çok atıf alan ilk beş ülke sırasıyla ABD, İngiltere, Kanada, İsviçre ve Çin Halk Cumhuriyetidir. Bununla birlikte yayın başına düşen atıf sayısı bakımından ilk sıradaki ülke İsviçre olup, bu ülkeyi Hollanda ve Kanada takip etmektedir. İsviçre’nin en çok atıf almasının nedeninin DSÖ merkezinin bu ülkede bulunması olduğu ileri sürülebilir. Kanada ve Hollanda ulusal sağlık sistemlerinin performansı ile ilgili kendilerine has bir model veya kavramsal çerçeve geliştirdikleri için Kanada ve Hollanda’nın bu sıralamada üst basamaklarda yer aldığı düşünülmektedir.

Tablo 4.13.En Çok atıf Alan Ülkeler

ÜLKELER	Toplam Atıf Sayısı	Ortalama Atıf Sayısı
USA	31.968	35,30
UNITED KINGDOM	8.611	32,00
CANADA	4.587	41,00
SWITZERLAND	4.240	45,10
CHINA	4.067	28,60
AUSTRALIA	2.739	24,90
SOUTH AFRICA	2.466	20,60
NETHERLANDS	2.358	42,90
INDIA	1.894	15,40
BELGIUM	1.762	28,00

4.5. Makaleler ve Atıflar

4.5.1. SSPD konusuyla ilgili global ölçekte en çok atıf alan makaleler

SSP konusuyla ilgili olarak WoS tabanındaki dergilerde yayınlanan ve en sık atıf yapılan ilk 10 makale incelendiğinde; üç çalışmanın hastalık yükü (Dicker ve dig, 2018; Kassebaum ve dig, 2016; GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators, 2016) konusuyla ilgili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalarda yazarlar yerel ve ülkeler bazında yaşa ve cinsiyete özgü hastalık yükleri, maternal hastalık yüklerinin analizini yapmışlardır. Levesque ve dig (2013), sağlık hizmetlerine erişimi kapsamlı biçimde ele almaktadırlar. Yazarlar, erişimi, sağlık hizmeti gereksinimlerini belirleme, sağlık hizmeti arama, sağlık hizmetlerine ulaşma, sağlık hizmeti alma veya kullanma ve hizmetlere yönelik bir ihtiyacın fiilen karşılanması imkânı olaak tanımlamaktadırlar. Yazarlara göre erişilebilirliğin beş boyutu bulunmaktadır: Bunlar 1) Ulaşılabilirlik (approacability), 2) Kabul edilebilirlik, 3) hizmetin hazır bulundurulurluğu (availability); 4) ödenebilirlik (affordability) ve 5) hizmetin uygunluğu. Erişimi sağlamak için nüfusun da beş yeteneği ve imkânını bulunması gerekir. Bunlar 1) ihtiyacı algılama yeteneği; 2) hizmet arama yeteneği; 3) hizmete ulaşabilme yeteneği, 4) Ödeme imkânı ve 5) Hizmeti benimseme (engagement). WHO (2000) tarafından 2000 yılında yayınlanan World Health Report, sağlık sistemi performansının kavramsallaştırıldığı temel yayınlardan birini oluşturmaktadır.

Kilbourne ve dig (2006), araştırmacılar, uygulayıcılar ve politika yapıcılar için, sağlık ve sağlık hizmetlerindeki farklılıkları (disparaties) tespit etmek, eşitsizliklerin altında yatan belirleyicileri anlamak ve nihayetinde bu eşitsizlikleri azaltan ve ortadan kaldıran müdahaleler tasarlamaları için bir model (çerçeve) önermektedirler. Bu modelde eşitsizlikler veya farklılıklar, hastalar (eğitim, gelir, ırk) sağlık sistemi özellikleri (finansman, örgütlenme, hizmet sunucularına ilişkin faktörler (bilgi ve beceriler) ve klinik süreçlerin (hizmet sunucularla iletişim vb) bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Peabody ve dig (2000) sağlık hizmetlerinde kalite konusunu ele almakta; hizmet kalitesini evrensel bir hedef olarak görmektedir. Yazarlara göre kaliteyi ölçmek zor ve sorunlu bir süreçtir; zira hekim uygulamalarını sağlık sisteminin diğer etkilerinden izole etmek oldukça zordur. Bu nedenle yazarlar ayaktan tedavi hizmetlerinde vignetlerin kullanımını önermektedirler. Chen ve dig (2004) sağlık

hizmetlerinde insan kaynaklarının yeri, gücü ve önemini işaret etmektedir. Yazarlar, örneğin sağlık personeli yoğunluğunun (nüfus başına düşen hekim sayısı vb) ve sağlık sonuçlarını etkilemesi gibi sağlık insangücünün hizmet süreci ve sonuçları üzerindeki etkilerini açıklamaktadır. Li ve diğ (2017), Çin Halk Cumhuriyeti'nde birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonu hakkında bilgi vermektedir. En çok atıf alan yayınların sağlık sistemini performansının ölçümünde ve değerlendirilmesinde kullanılan, iyi sağlık (hastalık yükü, bebek ölüm hızları), erişim, kalite, hakkaniyet konularını kapsadığı görülmektedir

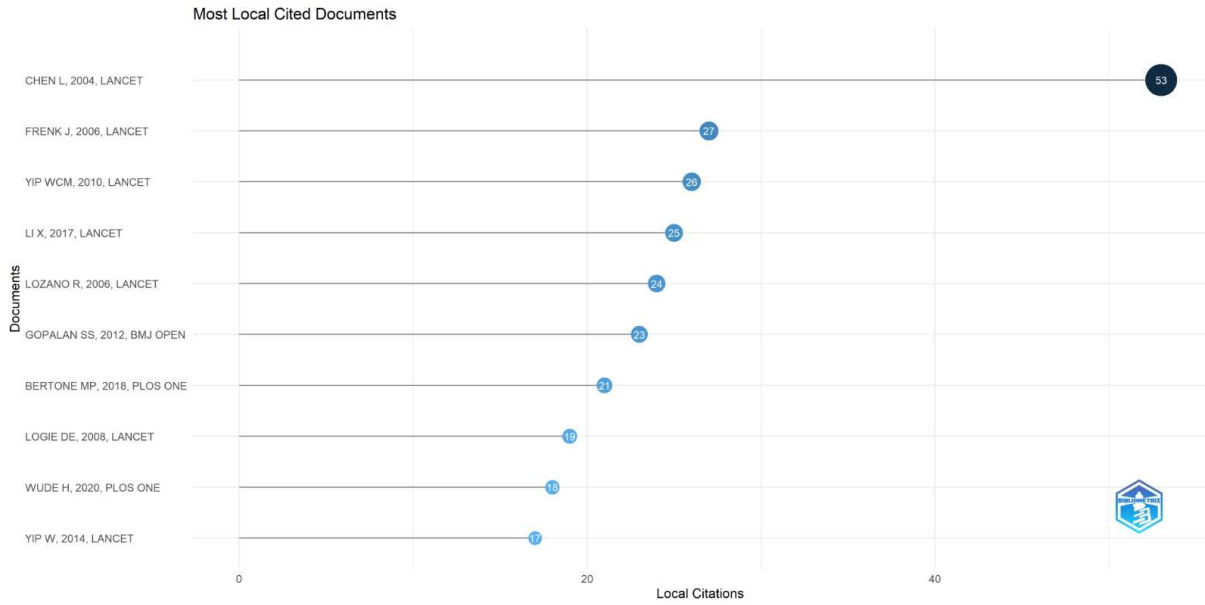
4.5.2. SSP konusuyla ilgili en çok atıf alan yerel makaleler

En çok atıf alan yayınlar Şekil 4.10'da verilmiştir. En çok yerel atıf alan yayınların bir sağlık reformları, kapsayıcılık, sağlıkta insan kaynakları, sağlık finansmanı ve sağlık bilgi sistemleri konularıyla ilgilidir. Chen ve diğ (2004) tarafından yayınlanan makalede, yazarlar Çin'in hizmet başına ücret ödeme sisteminin, hızlı maliyet artışına, verimsizliklere, düşük kaliteye, uygun olmayan hizmetlerin sunulmasına ve tıp etiğinin aşınmasına neden olduğunu belirterek, bu olumsuz sonuçları önlemek, hizmet sunucular için teşvikleri kalite ve verimlilikte iyileştirme, sosyal hedeflerle yeniden hizalamak için yapılan deneysel uygulamaları yapılmıştır. Bu uygulamalardan birincisi, kaliteyi güvence altına almanın ve sağlık harcamalarındaki büyümeyi kısıtlamanın bir yolu olarak klinik tedavi protokolüne göre tanımlanan hizmet maliyetleri ile vaka bazlı ödeme sistemine geçilmesi olmuştur. Verimliliği artırmak ve sağlık bakım maliyetini azaltmak için hizmet başına ücret sisteminden toplu veya ileriye dönük ödemeye geçerek sağlayıcıların davranışlarını değiştirmek için tasarlanan deneyler, ödeme sistemindeki değişikliklerin tasarruf sağlayabileceğini göstermektedir. Örneğin ileriye dönük vakaya dayalı ödeme sistemine dâhil edilen 128 hastalık için harcamalarda %33'lük bir azalma ile bulunmuştur.

Frenk ve diğ (2010) Meksika sağlık sistemindeki reformları ele almakta ve sağlık sistemi performansını artırmak için bir dizi öneriler geliştirmektedirler. Yazarlara göre Meksika, vatandaşlarının yarısından fazlasına sağlıkta finansal koruma sağlayamamasıyla gölgelenen bir sağlık sistemine sahiptir ve bu durum toplumsal eşitsizliklerin hem bir sonucu hem de bir nedenidir. Çeşitli yapısal sınırlamalar sağlık sisteminin performansının yükselmesini engellemiş ve sağlık sisteminin gelişmesini sınırlamıştır. Finansal risk koruması en önemli

darboğaz olarak görülmekte olup, yeni mali kurallar ve teşvikler getiren Sağlıkta Sosyal Koruma Sistemi kurarak sağlık sistemi performansını iyileştirmek için yapısal bir reform başlatılmıştır. Reformun ana yeniliği, daha önce sosyal sağlık sigortasından dışlanmış, çoğu yoksul olan tüm aileler sigorta sisteminin kurulmuş olmasıdır. Bu makalede yazarlar, Meksika reform çabalarının temel özelliklerini ve ilk sonuçlarını açıklamakta ve benzer şekilde zorlu koşullar altında sağlık sistemi dönüşümlerini düşünen diğer ülkeler için dersler çıkarmaktadırlar.

Şekil 4.10. En Sık Atıf Alan Yayınlar



Lozano ve dig (2006), Meksika sağlık sisteminde kapsayıcılık konusunu, karşılaştırmalı olarak ele almaktadırlar. Etkili kapsayıcılık, müdahale kapsamının ölçülmesi, sağlık hizmetine yönelik talep ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilişkilidir. Yazarlara göre etkili kapsayıcılık, herhangi bir sağlık sisteminin liderlerinin en çok odaklanması gereken ölçüttür. Yazarlar herhangi bir sağlık müdahalesi için etkili kapsayıcılık, "sağlık sistemi tarafından fiilen yapılan bir müdahale yoluyla sağlanabilecek potansiyel sağlık kazanımlarının (gains) bir kısmı" olarak tanımlanmıştır. Örneğin bir sağlık sisteminde serviks kanser tespiti ve tedavisi ile kadınlar için sağlıklı yaşam beklentisi iki yıl kabul edilmiş iken uygulamada bu bir yıl olarak gerçekleşmiş ise, etkili kapsayıcılık % 50 olarak hesaplanacaktır. Yazarlar Meksika'daki eyaletler arasında

karşılaştırmalar (benckmarking) yoluyla farklılıkları ortaya koyarak bir takım evrensel öneriler geliştirmişlerdir.

Gopalan ve dig (2012) Hindistan'da Akredite sosyal sağlık programındaki halk sağlık çalışanlarının performans motivasyonunu ve bunun belirleyicilerini incelemişlerdir. Bu çalışma sonucunda yazarlar, sosyal tanınma arzusu, sosyal sorumluluk duygusu ve öz yeterlilik duygusunun çalışanların performans motivasyonunu artırdığını; ayrıca sağlık hizmeti sunum sistemindeki iyileştirmelerin çalışanların motivasyonlarını yükseltebileceğini ve toplumun güvenini kazanmalarını sağlayabileceğini ortaya koymuşlardır. Bertone ve dig (2018) performansa dayalı finansman modelini ele almışlar; düşük ve orta gelirli ülkelerde performansa dayalı finansman (ödeme) modeli hakkında teoriye dayalı bir literatür taraması yapmışlardır.

Logie ve dig (2008), Ruanda'da sağlık sisteminin performansının artırılmasına yönelik öneriler geliştirmişlerdir. Yazarlara göre sağlık sisteminin başarılı olabilmesi için, Ruanda hükümeti daha iyi bir sağlık sigortası (yoksullar için güvenilir muafiyetler içeren) sistemi kurmalı; ücret iyileştirmeleri ve teşvikler yoluyla sağlık personeli elde tutmayı başarmalı; ulusal politikalarla koordineli olan ve tüm sağlık sistemini desteklemek için yeterince uzun vadeli önemli ek kaynaklar (yardımlar) yaratmalıdır.

Wude ve diğ (2020) rutin sağlık bilgi sistemlerinin sağlık personeli tarafından kullanımını etkileyen faktörleri araştırmışlardır. Sağlık bilgi sistemleri, birinci basamak sağlık kurumlarının en temel yapısal kapasitesi olarak görülmektedir. Halk sağlığı hizmetlerinin performansını artırmak için personelin rutin veya programlanmış kararlar alırken, bilgi sistemlerinin kullanması sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının rutin sağlık bilgisi kullanımını geliştirmek için hizmet içi eğitimler verilmeli, destekleyici nezaret sistemi benimsenmeli, sağlık bilgisi ve kültürü gibi alanlarda eğitimler sağlanmalıdır. Yip,W. ve dig (2014) Çin'de hükümetin hastaneler için özel yatırımları teşvik etmeye yönelik en son stratejisi ele alınmakta; hastane özelleştirmesinin genişlemesiyle Çin'in sağlık sisteminin nasıl performans göstereceğini tartışmaktadırlar. Yazarlara göre “Çin'in tüm vatandaşları için kaliteli temel sağlık hizmetlerine uygun fiyatlı, adil erişim sağlama taahhüdü takdire şayandır ve mevcut reformlar önemli temeller atmıştır. Bununla birlikte, hizmet sunum sisteminin reformundaki önemli zorluklar, özel hastaneleri teşvik etme politikası, Çin'i hedeflerine ulaştırmaktan alıkoyabilir.”

4.5.3. SSPD konusuyla ilgili en çok atıf yapılan referanslar

Araştırmacılar, en sık yerel atıf yapılan referansları analiz ederek, bu alanın gelişiminde temel bir rol oynayan klasik literatürü anlama imkanı elde edebilirler (Wei, Jiang, 2023). SSP Konusunda yapılan çalışmaların referanslarında (kaynakça) yer alan ilk 10 yayın Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4.14. En Sık Kullanılan Referanslar

REFERANSLAR	Sıklık
WHO 2000, WORLD HEALTH REPORT	155
WHO, 2007, STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES: WHO'S FRAMEWORK FOR ACTION	139
ROWE AK, 2005, LANCET, V366, P1026, DOI 10.1016/S0140-6736(05)67028-6	130
BASINGA P, 2011, LANCET, V377, P1421, DOI 10.1016/S0140-6736(11)60177-3	127
KRUK ME, 2018, LANCET GLOB HEALTH, V6, PE1196, DOI 10.1016/S2214-109X(18)30386-3	107
FRANCO LM, 2002, SOC SCI MED, V54, P1255, DOI 10.1016/S0277-9536(01)00094-6	91
WILLIS-SHATTUCK M, 2008, BMC HEALTH SERV RES, V8, DOI 10.1186/1472-6963-8-247	84
MURRAY CJL, 2000, B WORLD HEALTH ORGAN, V78, P717	83
MEESSEN B, 2011, B WORLD HEALTH ORGAN, V89, P153, DOI 10.2471/BLT.10.077339	78
WHO 2010, MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEMS: A HANDBOOK OF INDICATORS AND THEIR MEASUREMENT STRATEGIES	76

SSP konusunda referanslarda en sık atıf alan doküman, WHO tarafından 2000 yılında yayınlanan World Health Report (WH0 2000) başlıklı yayındır. Bu çalışmanın en fazla referans olarak kullanılmasının nedeninin, bu yayının sağlık sistemlerinin performansının kavramsallaştırılması yönünde global ölçekli ilk adım oluşturması olabilir. Bu çalışma, sağlık sisteminin nihai hedefleri, aracı amaçları ve sağlık sistemi işlevleri arasındaki ilişkileri tanımlamakta ve tüm ülkeler için kabul görebilecek bir çerçeve ortaya koymaktadır. Murray & Frenk (2000) tarafından yayınlanan “ A Framework for Assessing the Performance of Health

Systems” başlıklı makale World Health Report (2000)’in hazırlanması sırasında teknik grubun tartışmalarının genel özetini yansıtmaktadır (Murray, Frenk, 2000). Bu makele, sağlık sisteminin performansının ölçülmesinde kullanılacak ölçütleri, sağlık sistemi amaçları ve işlevleri bakımından tanımamaktadır. SSP konusunda ikinci sırada en sık referans olarak kullanılan çalışma da WHO tarafından yayınlanan *Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework For Action* başlıklı çalışmadır (WHO, 2007). Bu çalışma bir önceki çalışmanın devamı ve tamamlayıcısı nitelikte bir eserdir. Bu çalışma ile 2000 yılındaki model Sağlık Sistemi Yapı Taşları modeline evrilmiştir. WHO bu yayını, değişen bir dünyada DSÖ'nün sağlık sistemlerindeki rolünü netleştirmek ve güçlendirmek için bir eylem çerçevesi geliştirmektedir (WHO, 2007:v). En sık referanslar içinde yer alan bir diğer WHO yayını Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies başlıklı çalışmadır. Bu çalışmada 2007 yılında geliştirilen yapı taşları daha detaylı açıklanmakta; tıbbi ürünler, aşılar ve teknolojiler yapı taşı, özellikle temel ilaçlara erişim konusuna odaklanmaktadır. Her bir bileşen veya yapı taşı için, ölçüm stratejileri ile ilişkili gösterge seti belirlenmiştir. Çalışmada, sağlık sistemlerinin altı yapı taşının her biriyle ilgili olarak sistemlerin "girdileri," "süreçleri" ve "çıktıları" üzerinde durulmaktadır (WHO, 2010:xi).

En sık atıf alan referanslar içinde yer alan bir diğer çalışma, Meessen ve dig (2011) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada performansı dayalı finansman sisteminin Rwanda ve çevre ülkelerdeki uygulamaları ve sonuçları tartışılmıştır. Yazarlar performansa dayalı finansmanı, sağlık hizmeti sağlayıcılarının en azından kısmen performanslarına dayalı olarak fonlandığı bir mekanizma olarak tanımlamaktadırlar. Yazarlara göre performansa dayalı finansman, sağlık sistemi için köklü bir yaklaşım benimseyerek, organizasyonel birimlere (sağlık kurumlarına) kaynakları üzerinde önemli karar verme hakları (yani otonomi) kazandırmakta, hastalara karşı daha fazla sorumluluk almalarını sağlamakta, verimlilik artışı sağlamakta ve yerinden yönetim konusunda yeni açılım kazandırmaktadır.

Willis-Shattuck ve dig (2008) sağlık sistemlerinde en önemli sorunu, uygun şekilde eğitilmiş ve motive olmuş bir işgücünün bulunmaması olarak ele almaktadırlar. Yazarlara göre sağlık çalışanlarının elde tutulması, sağlık sistemi performansı için kritik öneme sahiptir. Yazarlar, finansal ve finansal olmayan teşviklerin motivasyonu artırma ve insan kaynaklarını

elde tutma üzerindeki etkisine ilişkin mevcut kanıtları pekiştirmek için sistematik bir inceleme yapmışlardır.

Franco ve diğ (2002) sağlık sistemlerinden insan kaynakları motivasyonu konusunu ele almıştır. Yazarlara göre iş motivasyonu, bireyin örgütsel hedeflere yönelik çaba gösterme ve sürdürme isteklilik derecesi olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörü performansı, hizmet kalitesi, verimlilik ve eşitlik ile kritik bir şekilde çalışan motivasyonuna bağlıdır ve bunların tümüne doğrudan çalışanların kendilerini görevlerine uygulama istekliliği aracılık eder. Kaynak kullanılabilirliği ve çalışan yeterliliği önemlidir, ancak istenen çalışan performansını sağlamak için yeterli değildir. Finansal teşvikler çalışan motivasyonunun önemli belirleyicileri olsa da, tek başlarına tüm çalışan motivasyonu sorunlarını çözmemektedir. Yazarlar sağlık reformları aracılığı ile toplumsal ve kurumsal dönüşümlerin yapılmasını, toplumsal ve kurumsal dönüşümlerle çalışanların yetenek ve deneyimlerinin geliştirilebileceğini; yetenek ve deneyimlerin ise motivasyon ve performans artışına yol açabileceğini savunmaktadırlar.

4.6. Anahtar Kelimeler (Terimler)

4.6.1. SSP konusuyla ilgili çalışmalarda en sık kullanılan terimler (Anahtar Kelimeler)

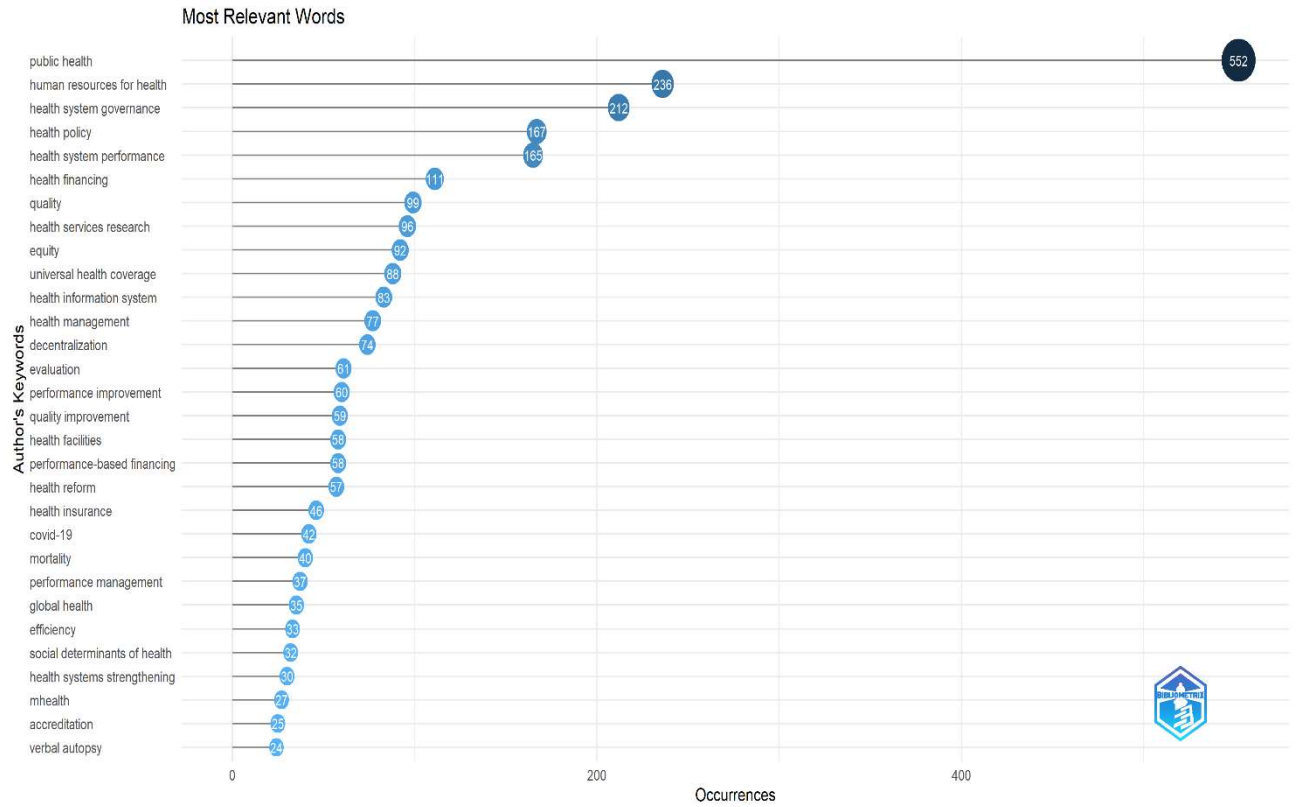
SSP konusuyla ilgili çalışmalarda en sık kullanılan terimler, incelenen konunun içeriğinde yer alan en etkili anahtar kelimeleri ve bunların popülerliğini anlamaya yardımcı olur. Tablo 4.15' ve Şekil 4.11'de en sık kullanılan, konuyla güçlü bağlantısı olan ve yüksek etkili ilk 30 anahtar kelime verilmiştir. En sık kullanılan anahtar kelimeler araştırmacılara, konunun açıklanmasında kullanılan temel yaklaşımları ve terimleri öğrenme imkanı sağlamaktadır. Bu çalışmada SSP konusundaki çalışmalarda en sık kullanılan ilk üç anahtar kelime, halk sağlığı, sağlıkta insan kaynakları, sağlık sisteminin yönetim, sağlık politikası ve sağlık sistemi performansdır. Anahtar kelime sıklıkları itibarıyla bir değerlendirme yapıldığında, sağlık sistemi performansı ile ilgili yayınlarda konuya halk sağlığı insan kaynakları yönetimi, sağlık bakanlığı rolü olarak sağlık sistemi yönetimi, sağlık politikaları perspektiflerinden yaklaşıldığı söylenebilir.

Tablo 4.15. En sık kullanılan Anahtar Kelimeler (Yazar)

Anahtar Kelimeler	Görölme Sıklıkları
public health	552
human resources for health	236
health system governance	212
health policy	167
health system performance	165
health financing	111
quality	99
health services research	96
equity	92
universal health coverage	88
health information system	83
health management	77
decentralization	74
evaluation	61
performance improvement	60
quality improvement	59
health facilities	58
performance-based financing	58
health reform	57
health insurance	46
covid-19	42
mortality	40
performance management	37
global health	35
efficiency	33
social determinants of health	32

health systems strengthening	30
mhealth	27
accreditation	25

Şekil 4.11. En Sık Kullanılan Anahtar Terimler



4.6.2. SSP konusuyla ilgili çalışmalardaki anahtar kelime bulutu

Kelime bulutları, konuyla ilgili çalışmalardaki anahtar kelimelerin sıklığını görsel olarak ifade edilmesini sağlar. Aynı en sık kullanılan anahtar terimlerde olduğu gibi kelime bulutu da incelenen konuyla ilgili yayınlardaki bir anahtar terimin görünme sıklığını ortaya koyar. Kelime bulutu kullanımının ardındaki fikir, en baskın kelimeleri analiz etmektir; bu da incelenen

konunun içeriğinin çoğunun bu terimlerle ifade edilen konulardan oluştuğu anlamına gelir (Mulay ve diğ, 2020). Anahtar terimlerin görünme sıklığı, kelime bulutunda metnin boyutu ile temsil edilir. En sık kullanılan kelime, en büyük font ile gösterilir. Kelime bulutları, yazılı metnin merkez noktasını bulmak için de kullanılır (Alkhammash, (2023). Bibliyometrik çalışmalarda, büyük puntolarla gösterilen (en sık kullanılan) kelimeler çalışmaların hangi alalarda yoğunlaştığını gösterirken daha küçük harflerle yazılmış kelimeler potansiyel çalışma alanlarını gösterir (Mulay ve diğerleri, 2020).

Şekil 4.12. SSP Konusuyla İlgili Kelime Bulutu



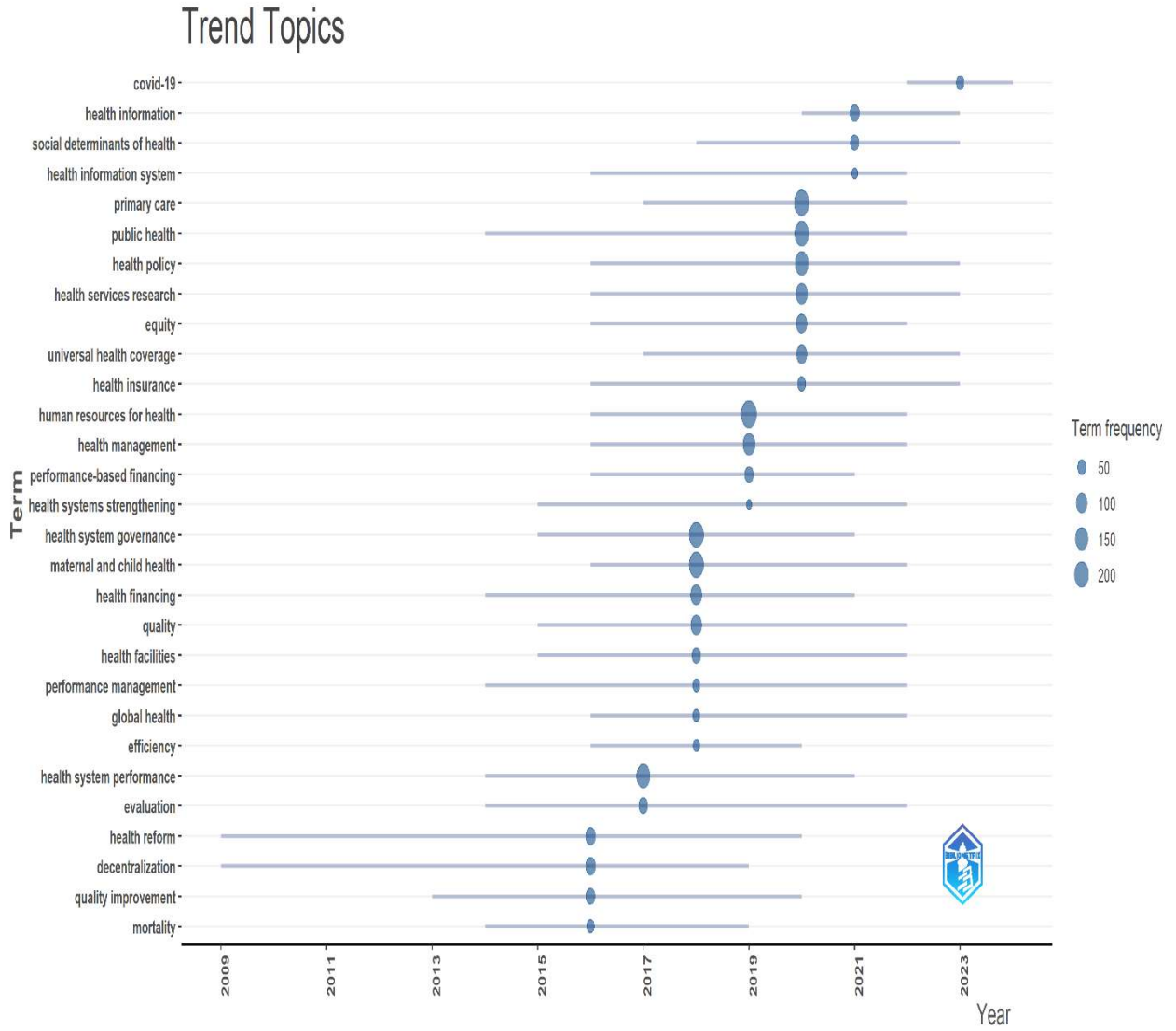
Şekil 4.12’de yazarların tercih ettiği anahtar kelimeler içinden ilk 30 anahtar kelimeyi içeren kelime bulutu verilmiştir. Kelime bulutu, öncelikle olarak SSP konusuna ilgi gösteren araştırmacıların sağlık sisteminde yönetim (governance), temel sağlık hizmetleri, bebek ve çocuk sağlığı, sağlık sistemi performansı, sağlık politikası ve sağlık yönetimi konularına odaklanmaları gerektiğini; sağlık bilgi sistemleri, sisteminin güçlendirilmesi, sağlığın sosyal

belirleyicileri, verimlilik, performans yönetimi gibi konuların ise araştırılmaya değer konular olduğunu ifade etmektedir.

4.6.3. SSP konusuyla ilgili çalışmalardaki trend konu başlıkları

Trend konu analizi, SSP konusundaki anahtar terimlerin çalışmalardaki kullanım sıklıklarının zaman içinde değişimini ortaya koyarak, konuyla ilgili hangi kavramların hangi yıllarda daha çok çalışıldığının anlaşılmasını sağlar. Şekil 4.13’de SSP konusundaki yayınlarda en az 30 kez ve aynı zamanda da her yıl en az 10 kez kullanılan yazar anahtar kelimelerinin görülme sıklıklarının yıllara göre değişimi verilmiştir. Şekildeki çizgiler, anahtar terimin zaman kesitini, dairelerin genişliği ise anahtar terimin o yıldaki kullanım sıklığını göstermektedir.

Şekil 4.13 Trend Terimler



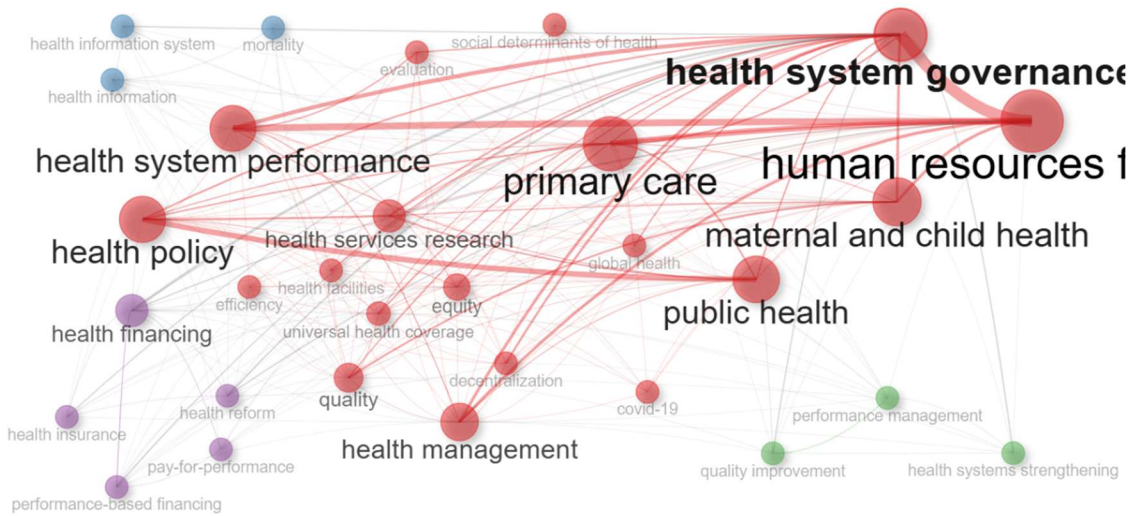
Sağlık reformları, desentralizasyon en eski terimler olarak karşımıza çıkarken, son yıllarda COVID-19, sağlık bilişimi (information), sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık bilgi sistemleri, temel sağlık hizmetleri (primary care) kavramlarının ön plana çıktığı anlaşılmaktadır.

4.7. Haritalandırma

4.7.1. Ortak kelime ağı

Ortak kelime ağı (co-occurrence network), SSP konusundaki kavramların bir arada aynı anda dikkate alınma veya kullanılma derecesini gösterir. Bu şekilde birbirleriyle ilişki derecelerine göre terimleri gruplandırma imkânı da ortaya çıkmaktadır. Terimlerin gruplandırılması yoluyla incelenen konunun boyutları ortaya çıkarılır. Boyutlar ve boyutlar arasındaki ilişkiler ise incelenen konunun kavramsal çerçevesinin anlaşılmasını sağlar. Şekil 4.14’de 30 anahtar kelime (düğüm) ile oluşturulan birlikte ortaya çıkma ağı verilmiştir. Algoritma olarak walktrap seçilmiştir.

Şekil 4.14. Ortak Kelime Ağı



Şekil 4.14’de verilen birlikte ortaya çıkma ağında terimler dört blok halinde gruplanmaktadır. Mavi ile gösterilen grupta, sağlık bilgi sistemleri, sağlık bilişimi ve mortalite terimleri bir arada kullanılmaktadır. Mor renk kullanılarak oluşturulan ikinci blokta ise sağlık finansmanı ile birlikte sağlık sigortacılığı, performansa dayalı ödeme, performans temelli finansman ve sağlık reformu terimleri birlikte ortaya çıkmaktadır. Yeşil renk ile gösterilen blok ise sağlık sisteminin güçlendirilmesi, performans yönetimi ve kalite iyileştirme terimlerinden

oluşmaktadır. En geniş blok ise kırmızı ile gösterilen blok olup, bu blokta sağlık sistemi yönetişimi, insan kaynakları, sağlık politikası, sağlık sistemi performansı, halk sağlığı, çocuk ve bebek sağlığı, temel sağlık hizmetleri ve bu alanlarla ilişkili olan kalite, eşitlik, verimlilik, sağlığın sosyal belirleyicileri ve covid-19 terimleri yer almaktadır. Bloklar arasındaki ilişkiler incelendiğinde de sağlık sisteminin kompleks yapısına uygun ilişkiler ağının ortaya çıktığı söylenebilir.

4.7.2. Tematik harita ve tematik evrim

Tematik evrim, incelenen konu ile ilgili anahtar terimlerin zaman içinde nasıl değişim gösterdiğini incelemek için kullanılmaktadır. Tematik harita, çalışma konusu (SSP) ile ilgili olarak üzerinde çalışılan kavramların alana etkisini anlamayı kolaylaştıran bir analiz yöntemidir. Tematik haritalar bir konuyla ilgili trendleri, öncelikleri ve boşlukları görselleştirme yoluyla konuyu derinlemesine kavrama imkânı sunar. Tematik harita, araştırmacıların bir araştırma temasının önemini ve gelişimini belirlemelerine yardımcı olur. Bilim haritalama veya bibliyometrik haritalama, disiplinlerin, alanların, uzmanlıkların ve bireysel belgelerin veya yazarların birbirleriyle nasıl ilişkili olduğunun mekansal bir temsidir (Cobo ve dig, 2011).

Tematik harita, merkezilik derecesine (y eksen) ve yoğunluğa (x eksen) dayanarak, farklı gruplardaki araştırma yoğunluğunu kategorilere ayırır. Bu tür haritalarda, merkezilik bir temanın önemini ölçerken, yoğunluk bir temanın ilerlemesini, olgunlaşmasını ölçer (Singh ve dig, 2024). Merkezilik, temanın (anahtar kelime) bilimsel ağ içerisindeki önemini ve diğer temalarla ne ölçüde bağlantılı olduğunu gösterir. Merkezilik değerinin yükselmesi, temanın araştırma alanının geniş bir kısmı ile bağlantılı olduğu anlamına gelir.. Yoğunluk ise temanın kendi içerisindeki gelişmişlik (olgunlaşmışlık) düzeyinin göstergesi olup yüksek yoğunluklu temalar belirli bir konuda derinleşmiş araştırmaların olduğunun göstergesidir (Yılmaz, 2025; Singh ve dig., 2024).

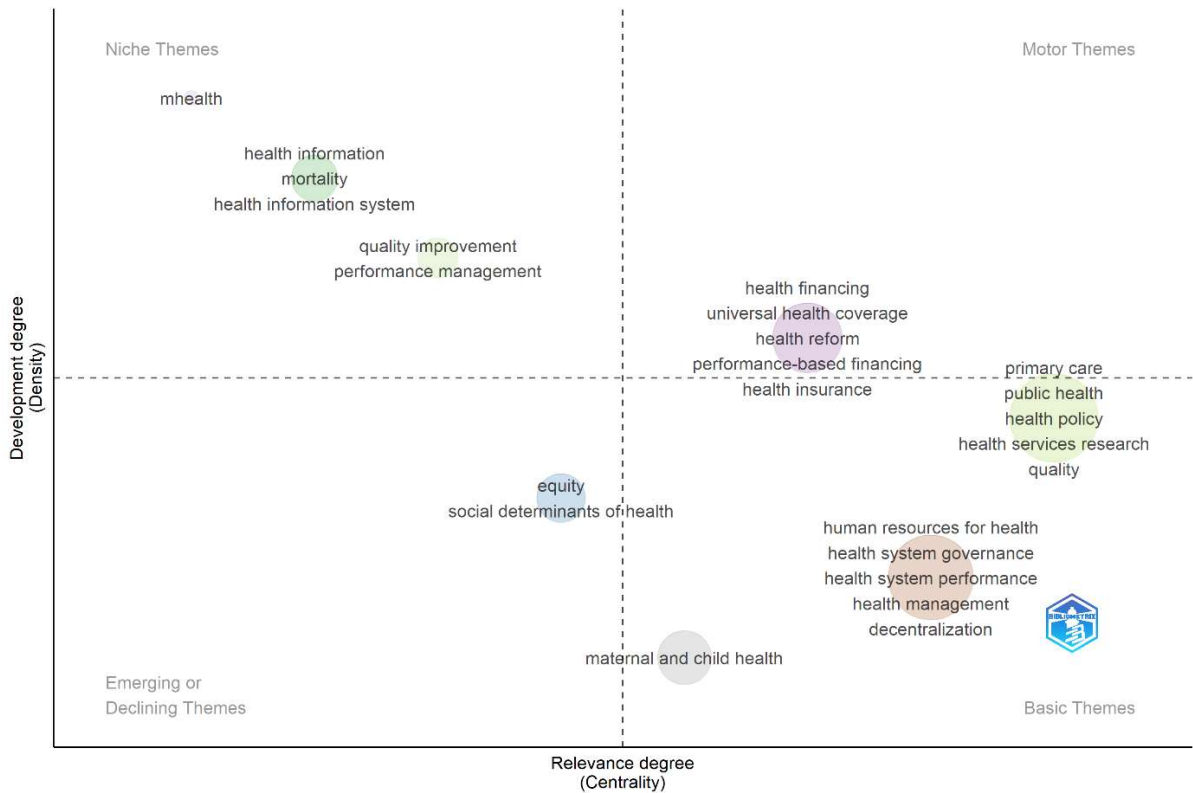
Tematik haritalarda yoğunluk ve merkezilik boyutları esas alınarak kullanılan anahtar terimler dört ana grupta toplanmaktadır (Cobo ve dig., 2011; Aydınoğlu, 2023; Köse, Çizer, 2023):

- **Motor Temalar:** Motor temalar konuyla ilgili önemli ve uzun dönem içinde yerleşmiş temalardır. Motor temalar, konunun merkezi ve belirgin yönlerini kapsamaktadır. İncelenen çalışmalarda en çok geçen, üzerinden en çok çalışılan ve konunun temelini oluşturan kavramları (anahtar terimleri) içeren motor temalar, literatürün ana çerçevesini ve en önemli konularını yansıtmaktadır. Motor Temalar, hem kendi içlerinde hem de diğer temalarla güçlü bir ilişki içindedir (Singh ve dig 2024).
- **Niş Temalar:** Niş temalar kendi içinde gelişmiş ama diğer temalarla ilgisi sınırlı temalardır. Bu temalar, belirli alt alanlarda veya uzmanlık gerektiren konularla ilişkilidir. Niş temalar, belirli bir alt grubun ilgi alanına girebilen konulardan oluşur.
- **Ortaya Çıkan veya Kaybolmaya Başlayan Temalar:** “Belirli bir süre içinde hızla popülerlik kazanan veya popülerliğini kaybeden konuları temsil etmektedir. Bu temalar, yeni gelişmekte olan alanları veya ilgi çekmeye başlayan konuları yansıtmaktadır” (Köse, Çizer, 2023).
- **Temel Temalar:** temel temalar, “konunun yapı taşlarını oluşturan anahtar kavramları; disiplinin temel ilkelerini ve önemli konularını kapsamaktadır. Bunlar, genellikle genel bir bakış açısı sunmakta ve konunun ana unsurlarını vurgulamaktadır.” (Köse, Çizer, 2023). Burada yer alan temaların araştırılan konu ile ilgili olduğu düşünülmese de aslında hala tam olarak gelişmediği söylenebilir (Diğer, 2022). Temel temalar, oldukça işlenmiş/geliştirilmiş ancak izole araştırma temalarıdır. İyi gelişmiş iç bağları olmasına rağmen, zayıf veya hiç önemli dış bağları yoktur. Bu nedenle, konuların çoğu bu temada iyi bir şekilde ele alınmış ve bu nedenle gelecekteki yönleri sınırlıdır (Singh ve dig. 2024).

Şekil 4.15’de SSP konusuyla ilgili yazar anahtar terimlerinden oluşturulan tematik harita verilmiştir. Ortaya çıkmakta veya gerilemekte olan temalar bölümünde eşitlik ve sağlığın sosyal belirleyicileri yer almaktadır. Bu iki terim, sağlık alanında birbirleriyle de yakın ilişkili kavramlardır. Sağlık alanında ortaya çıkan eşitsizlikler, esasında sağlığın sosyal belirleyicilerinden kaynaklanmaktadır (Yılmaz, 2020). Eşitlik ve sağlığın sosyal belirleyicileri temalarının konumlarına bakıldığında bunların ortaya çıkmakta olan temalar olarak kabul edilebileceği söylenebilir. Nitekim WHO Alma Ata Deklarasyonuna geri dönme açıklaması ile sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olan sağlığın temel bir insan hakkı olduğunu ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine

ulaşılmasının, sağlık sektörünün yanı sıra diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörün de eylemini gerektiren, dünya çapında en önemli sosyal hedef olduğunu kuvvetle teyit ettiğini vurgulamıştır. Bu deklarasyonda vurgulanan hususlar şunlardır (WHO, 2018):

Şekil 4.15. Tematik Harita



- Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında olduğu kadar ülkeler içinde de insanların sağlık durumundaki mevcut büyük eşitsizlik, siyasi, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez ve bu nedenle tüm ülkeler için ortak bir endişe kaynağıdır.
- Halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasına bireysel ve toplu olarak katılma hakkı ve görevi vardır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri, pratik, bilimsel olarak sağlam ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlere ve teknolojiye dayalı temel sağlık hizmetidir ve toplumdaki bireyler ve aileler için tam katılımları yoluyla ve toplumun ve ülkenin gelişimlerinin her

aşamasında kendi kendine yeterlilik ve kendi kaderini tayin etme ruhu içinde sürdürmeyi karşılayabileceği bir maliyetle evrensel olarak erişilebilir hale getirilmiştir. Hem merkezi işlevi ve ana odak noktası olduğu ülkenin sağlık sisteminin hem de toplumun genel sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bireylerin, ailenin ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile sağlık hizmetlerini insanların yaşadığı ve çalıştığı yere mümkün olduğunca yaklaştıran ilk temas düzeyidir ve sürekli bir sağlık bakım sürecinin ilk unsurlarını oluşturur.

- 2000 yılına kadar tüm dünya halkları için kabul edilebilir bir sağlık düzeyine ulaşmak, şu anda önemli bir kısmı silahlanma ve askeri çatışmalara harcanan dünya kaynaklarının daha dolu ve daha iyi kullanılmasıyla elde edilebilir. Gerçek bir bağımsızlık, barış, yumuşama ve silahsızlanma politikası, barışçıl amaçlara ve özellikle de sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasına ayrılacak ek kaynakları serbest bırakabilir ve bırakmalıdır ve bu yardımların önemli bir parçası olarak temel sağlık hizmetlerine gereken payın verilmesi gerekmektedir.

Niş temalar, kendi içinde gelişmiş ama diğer temalarla ilgisi sınırlı temalardır. Bu çalışmada ortaya çıkan niş tema gruplarından birincisi, kalite iyileştirme ve performans yönetimi kavramlarını içermektedir. Sağlık hizmetlerinde performansın teriminin temel ölçütlerinden veya boyutlarından en önemlisi kalitedir. Performans yönetimi ile kalite iyileştirmenin birlikte ortaya çıkması beklenen bir durum olarak görülebilir. Bir diğer niş tema, sağlık bilgi sistemleri, sağlık enformasyonu ve mortalite konularını içermektedir. Bu tema, ölüm nedenleri, önlenebilir ölümler gibi konularda geliştirilecek stratejiler için veri ve bilgi sistemlerinin birlikte düşünüldüğü vurgulamaktadır. Niş temalar içinde yer alan üçüncü tema mHealth temasıdır. mSağlık, sağlığı iyileştirmek ve desteklemek için cep telefonlarının kullanılmasıdır ve klinisyenleri, toplum sağlığı görevlileri de dahil olmak üzere diğer sağlık çalışanlarını ve hastaları veya hasta bakıcılarını birbirine bağlamak için çeşitli amaçlarla kullanılabilir mSağlık, sağlık eğitimi sağlamak, davranış değişikliğini teşvik etmek, çok çeşitli rahatsızlıkların teşhis ve yönetiminde karar desteğini kolaylaştırmak, tanı testlerini desteklemek veya tıbbi kayıtları birbirine bağlamak için kullanılabilir (Vedanthan, 2018). mSağlık sağlık hizmeti sağlayıcılarına hem de alıcılarına zamansal ve mekânsal kısıtlamalardan kurtararak sağlık hizmetlerine katılımlarını kolaylaştırır (Cameron, ve dig. 2019).

Motor temalar konuyla ilgili önemli ve uzun dönem içinde yerleşen ve diğer temalarla güçlü ilişkileri bulanan temalardır. Bu çalışmada motor tema olarak sağlık finansmanı ile ilişkili konuların bir araya geldiği görülmektedir. Sağlık finansmanı, evrensel sağlık kapsayıcılığı, performansa dayalı finansman, sağlık sigortacılığı ve sağlık reformu terimleri sağlık finansmanı temasını oluşturmaktadırlar. Bu tema altında yer alan anahtar terimlerin de kavramsal olarak tutarlılık gösterdiği söylenebilir.

Konunun temelini oluşturan anahtar terimlerden oluşan temel temalardan birincisi ana çocuk sağlığı temasıdır. Diğer tema, sağlık sistemi yönetimi olarak adlandırılabilir; zira bu tema içinde sağlıkta insan kaynakları, sağlık sistemi yönetimi, sağlık sistemi performansı, sağlık yönetimi ve desentralizasyon terimleri yer almaktadır. Temel temalar içinde dördüncü grupta temel sağlık hizmetleri, halk sağlığı, sağlık politikası, sağlık hizmetleri araştırmaları ve kalite terimleri yer almaktadır. Bu tema grubu, temel sağlık hizmetleri teması olarak isimlendirilebilir.

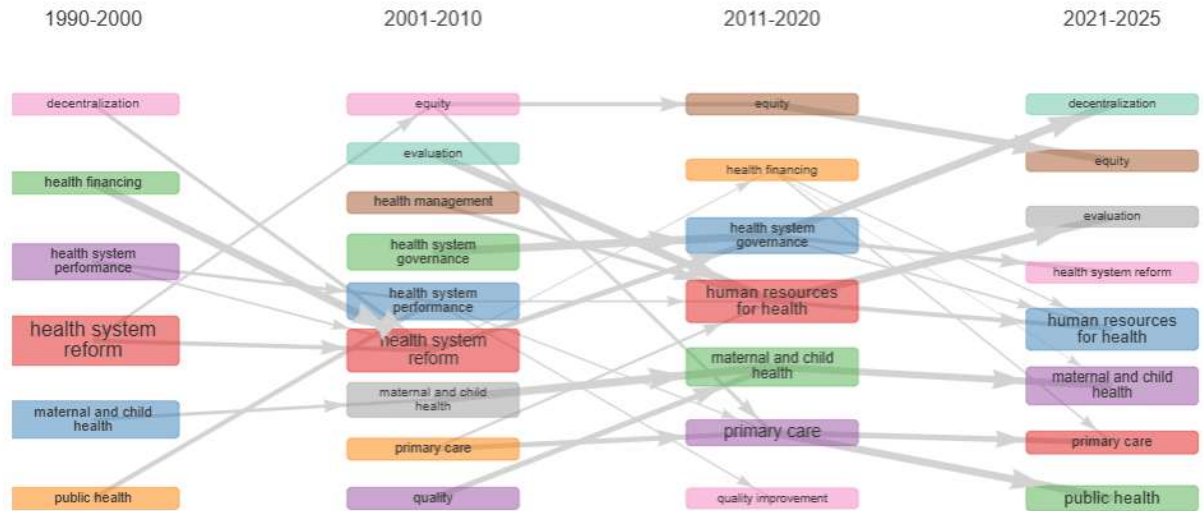
4.7.2.1. Tematik evrim

Tematik evrim, incelenen konu ile ilgili anahtar terimlerin zaman içinde nasıl değişim gösterdiğini incelemek için kullanılmaktadır. Şekil 4.16'da atıf oranı % 1'den yüksek olan 500 yazar anahtar kelimesi kullanılarak 1990-2025 yılları için oluşturulan tematik harita verilmiştir. Haritalamada Louvain algoritması kullanılmıştır. Tematik evrim haritası incelendiğinde, 1990-2000 döneminde, etki bakımından sıralanmış haliyle, sağlık sistemi reformları, sağlık sistemi performansı ana ve çocuk sağlığı, halk sağlığı, sağlık finansmanı ve desantralizasyon terimlerinin ön plana çıktığı görülmektedir. 2001-2010 yılları arasında da sağlık reformları, sağlık sistemi performansı, ana çocuk sağlığı terimleri varlıklarını sürdürürken, sağlık sistemi yönetimi, sağlık yönetimi, eşitlik, temel sağlık hizmetleri, kalite ve değerlendirme kavramlarının ön plana çıkmaktadır. 1990-2000 ile 2001-2010 döneminde kavramlar arasındaki geçişler incelendiğinde, desantralizasyon ve sağlık finansmanı teriminin sağlık sistemi reformu kavramının zenginleşmesine katkıda bulunduğu söylenebilir. Halk sağlığı terimi de sağlık sistemi performansı kavramına etki etmektedir. 1990-2000 döneminde sağlık sistemleri reformu terimi, bir sonraki dönemde, eşitlik teriminin ortaya çıkmasına zemin oluşturmaktadır.

2011-2020 döneminde sağlık insangücü ile ilgili konularla ilgili çalışmaların artmasıyla sağlıkta insan kaynakları terimi en popüler terim haline gelmiştir. Bu dönemde ana çocuk sağlığı, temel sağlık hizmetleri, sağlık sistemi yönetişimi, temel sağlık hizmetleri ve eşilik kavramları varlıklarını korumaktadır. Bu dönemde sağlık finansmanı konusu yeniden popüler terim haline gelmiştir. Sağlıkta insan kaynakları terimi, değerlendirme, sağlık yönetimi, sağlık sistemi performansı konularının etkisiyle gelişmiştir. Bu dönemde ortaya çıkan kalite iyileştirme veya geliştirme konusu ise sağlık sistemi performansı ile ilgili çalışmaların devamı niteliğindedir.

2021-2025 dönemi, diğer dönemlere göre daha kısa bir zaman dilimini içermektedir. Bu dönemdeki gelişmeleri yorumlarken, bu hususun dikkate alınması yararlı olacaktır. Bu dönemde desantralizasyon, sağlık reformu terimlerinin yeniden canlanmaya başladığı anlaşılmaktadır.

Şekil 4.16. Tematik Evrim Haritası (1990—2025)



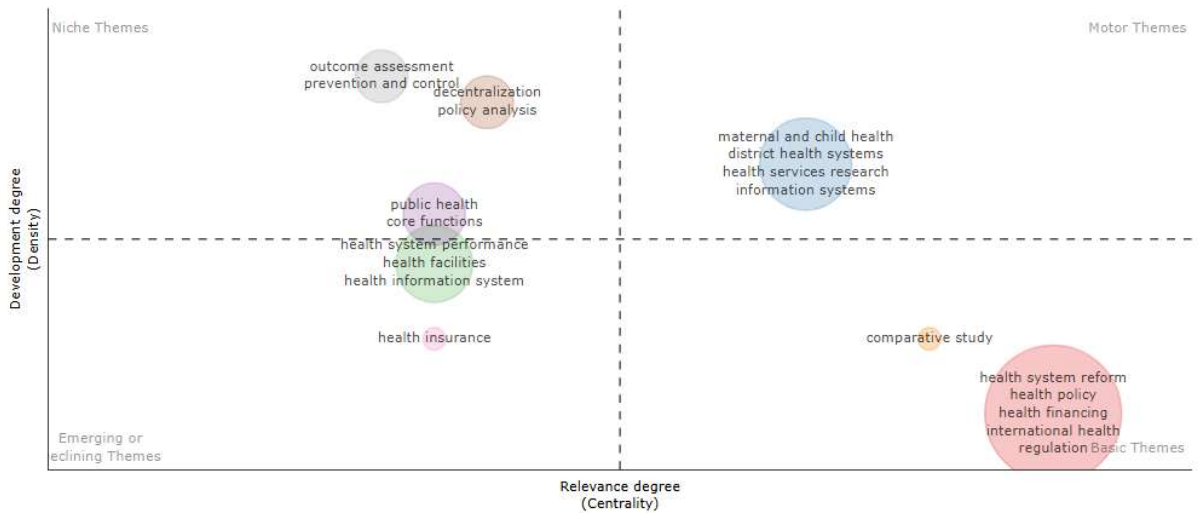
*(1000 Terim, sıklık 15, Louvain Alg)

SSP konusundaki çalışmaların evrimini daha detaylı biçimde incelemek için dönemsel tematik haritaları kullanılabilir. Şekil 4.17, Şekil 4.20 üzerinde SSP konusundaki çalışmaların dönemler halinde tematik haritaları verilmiştir. 1990-2000 döneminde SSP konusuyla ilgili çalışmalarda

- Sonuç (outcome) değerlendirme ve hastalık önleme ve kontrolü
- Desantralizasyon, ve politika analizi
- Halk sağlığı ve sağlık sistemi temel işlevleri terimlerinden oluşan üç farklı niş tema belirlemektedir.

Sağlık sigortacılığı terimi tek başına; sağlık sistemi performansı, sağlık kurumları, sağlık bilgi sistemleri terimlerle birlikte ortaya çıkan veya kaybolmaya yönelik temalar olarak ortaya çıkmaktadır. Karşılaştırmalı araştırmalar tek başına, sağlık sistemi reformu, sağlık politikası, sağlık finansmanı, uluslararası sağlık ve sağlıkta yasal düzenlemeler terimleri birlikte temel temaları oluşturmaktadır. Sağlık sistemi reformlarının yasal düzenlemeleri içermesi, sağlık politikalarının değiştirilmesine veya oluşturulmasına temel oluşturduğu, reformlarda sağlık finansmanına ağırlıklı yer verilmesi dikkate alındığında bu temaların anlamlı bir bütünlük oluşturduğu ileri sürülebilir. 1990-2000 döneminde motor temalar ana çocuk sağlığı, bölge (yerel) sağlık sistemleri, sağlık araştırmaları ve sağlık bilgi sistemleri terimlerini içermektedir.

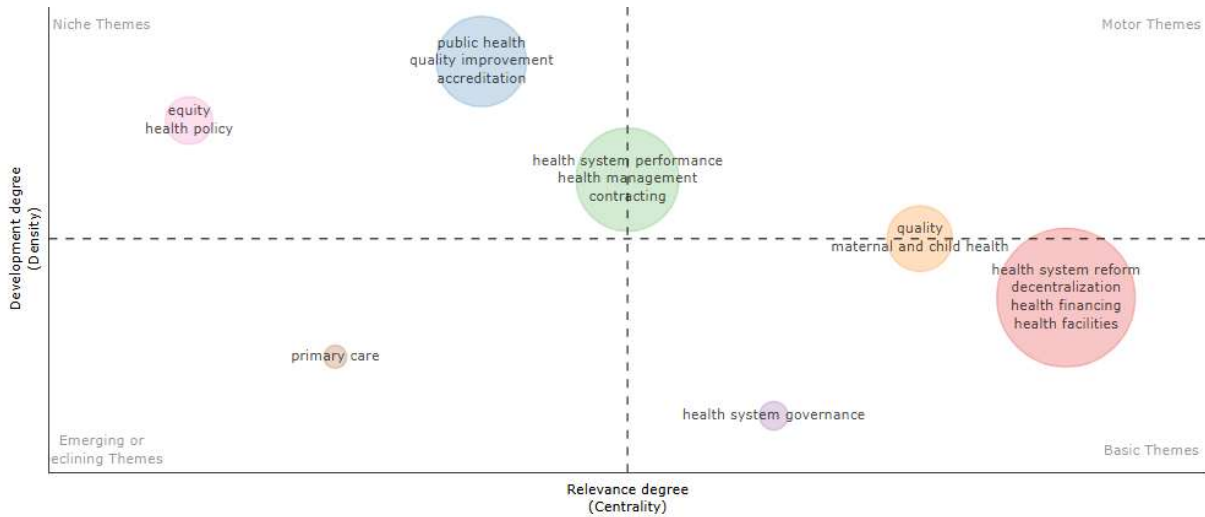
Şekil 4.17. Tematik Harita (1990-2000)



2000-2010 dönemine ilişkin tematik harita Şekil 4.18’de verilmiştir. Bu dönemde niş temalar olarak eşitlik ve sağlık politikası ile halk sağlığı, kalite iyileştirme ve akreditasyon terimlerinden oluşan iki tema ortaya çıkmaktadır. Sağlık sistemi performansı, sağlık yönetim

ve sözleşme terimleri de kısmen niş temalara yakın ilişkili görünmektedir. Bu dönemde temel sağlık hizmetleri terimi ortaya çıkan veya kaybolmaya başlayan tematik alanda yer almaktadır.

Şekil 4.18. Tematik Harita (2000-2010)

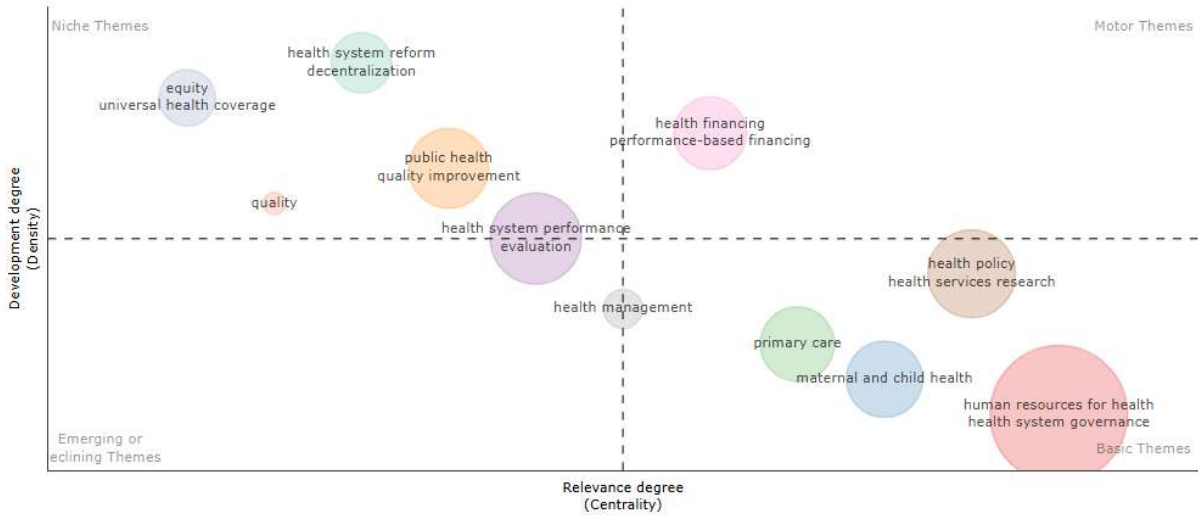


2000-2010 döneminde kalite ve ana çocuk sağlığı terimleri, kısmen motor terimler kısmen de temel temalar bölgesinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık sistemi performansı tek başına, sağlık reformları, desantralizasyon, sağlık finansmanı ve sağlık kurumları terimleri birlikte ayrı bir tema grubunu oluşturmaktadır.

2011-2020 dönemine ilişkin tematik harita Şekil 4.19’da verilmiştir. Eşitlik ve evrensel sağlık kapsayıcılığı, sağlık reformları ve desantralizasyon, halk sağlığı, kalite ve kalite iyileştirme terimleri niş temalar olarak belirirken, sağlık sistemi performansı, değerlendirme ve sağlık yönetimi terimleri kısmen niş kısmen de ortaya çıkan veya kaybolan temalar haline dönüşmüşlerdir. Bu dönemde sağlık finansmanı ve performansa dayalı finansman terimleri birlikte motor tema oluşturmaktadır. Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli finansal kaynakların nereden ve nasıl toplanacağı ve tahsis edileceği ile ilgili iken, performansa dayalı finansman, sağlık kurumlarına veya hizmet sunuculara yapılacak

ödemelerin kurumun performansı ile (hasta memnuniyeti, kalite vb) ilişkilendirilmesini sağlayan bir yaklaşımdır.

Şekil 4.19. Tematik Harita (2011-2020)

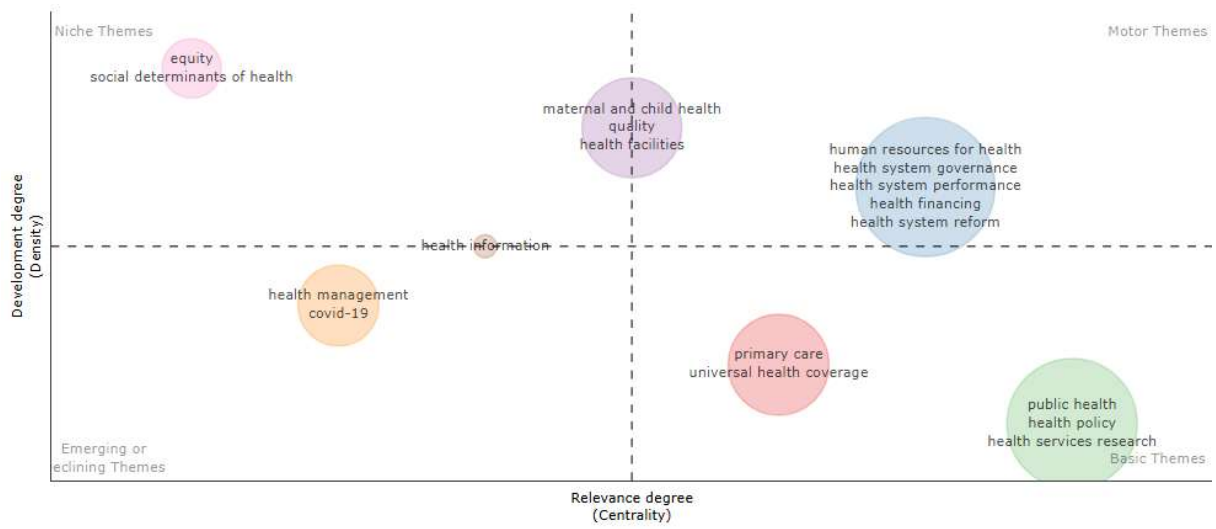


2010-2020 döneminin temel temaları ise temel sağlık hizmetleri, ana çocuk sağlığı, sağlık politikası ve sağlık araştırmaları ile sağlık sisteminin yönetişimi ve sağlıkta insan kaynakları terimlerinden oluşmaktadır.

Daha yakın ve daha kısa zamanı kapsayan 2021-2025 dönemindeki çalışmalara dayalı olarak hazırlanan tematik harita Şekil 4.20’de verilmiştir. 2021-2025 döneminde eşitlik ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin niş tema olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu temanın ortaya çıkmasında özellikle DSÖ’nün 2018 yılında yaptığı Alma Ata Bildirgesine dönüş deklarasyonunun etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu bildirgeye bir sonrası başlıkta ayrıntılı biçimde değinilecektir. Bu dönemde yaşanan covid-19 pandemisi ve bu dönemde yaşanan problemlerin büyük bir kısmının yönetsel kaynaklı olmasından dolayı 2021-2024 döneminde covid 19 ve sağlık yönetimi terimleri birlikte ortaya çıkan temalar bölümüne yer almışlardır. Temel sağlık hizmetleri ve evrensel sağlık kapsayıcılığı terimleri ile halk sağlığı, sağlık politikası ve sağlık araştırmaları terimleri birlikte temel temalar haline gelmişlerdir. Temel sağlık hizmetleri ile evrensel sağlık kapsayıcılığının birlikte ortaya çıkması, yine covid-19 pandemisinin bir sonucu olarak görülebilir. Bu dönemde temel sağlık hizmetlerine ağırlık

verilmesi (koruma, aşılama vb.) ve bu hizmetlerin ücretsiz olarak tüm nüfus gruplarına sunulması hemen hemen tüm ülkelerdeki ortak uygulamalar olarak değerlendirilebilir.

Şekil 4.20. Tematik Harita (2020-2025)



2021-2025 döneminin motor teması ise sağlık sisteminin yönetim boyutuyla ilişkili terimleri içermektedir. Sağlıkta insan kaynakları, yönetim sağlık sistemi performansı, sağlık finansmanı ve sağlık reformları bu temanın içeriğini oluşturan temel terimlerdir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık sistemi performansı konusuyla ilgili bibliyometrik analizi içeren bu çalışmada, sağlık sistemi performansı ile ilgili çalışmaların, kaynakların, yazarların ve ülkelerin genel performansı incelenmiş ve bu çalışmaların ortak yönlerinin ve ilişkilerinin temsil edildiği tematik haritalar geliştirilmiştir. Bu çalışmanın temel bulguları ve bu bulgulara dayalı olarak geliştirilen öneriler aşağıda verilmiştir.

1. Sağlık sistemi performansı konusuna olan ilgi sürekli artmaktadır. Sağlık sisteminin performansını artırmak için çalışan yönetici ve politika yapıcılar için bu gelişmenin yararlı olacağı düşünülmektedir. Bilimsel çalışmaların ortak yönlerinin ve ilişkilerinin analizi, politika yapıcılara sistemi bütün olarak görme ve müdahale alanlarını geniş perspektiften anlama fırsatı yaratmaktadır.
2. Yayın sayıları bakımından Türkiye'nin uluslararası konumu yeterli değildir. Sağlık sistemi performansı ile ilgili yayınların teşvik edilmesi, sağlık araştırmalarına finansal kaynak tahsis edilmesi, sağlıkla ilgili veri setlerinin araştırmacıların kullanımına açılmasının yayın sayısında ciddi artışlara yol açacağı düşünülmektedir.
3. Niş alanda ortaya çıkan bir terim olmakla birlikte, toplum sağlığına etkisinin genişliği düşünüldüğünde sağlığın sosyal belirleyicilerinin ön planda tutan araştırmalara ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Zira sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık sisteminin kendisinden daha fazla nüfus sağlığını etkileyebilmektedir.
4. Sağlık sistemi performansının ölçülmesinde kullanılan hedefler (finansal risk koruması) ve amaçların (örneğin eşitlik, verimlilik vb) her biri ile sağlık sistemi performansı arasındaki etkileşimleri derinlemesine inceleyen diğer araştırmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.
5. Covid 19 pandemisi ile birlikte gündeme gelen sağlık sistemlerinin dayanıklılığı ve çevikliği (agility) konusunun yeterince incelenmediği anlaşılmaktadır. Bu konunun da incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

6. Benzer şekilde Türkiye ve diğer ülkeler için özellikle son yıllarda artan bir sağlık sorunu, göçmen sağlığıdır. Bu konuda da literatürde ciddi eksiklik bulunduğu, göçmen sağlığının da sağlık sistemi performansı konusuyla ilişkilendiren model ve çerçevelere ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.
7. Sağlık sistemleri ile ilgili araştırmalarını bibliyometrik analiz kullanarak yüksek düzeyde özgüllükle tanımlamak zordur. Zira sağlık sistemleri araştırmaları ile diğer sağlık hizmetleri araştırmaları alanları arasındaki kavramsal ayrım basit değildir. Bu nedenle sağlık sistemi performansı ve kurumsal performans kavramları arasında çakışmalar ortaya çıkabilmektedir. Öneri olarak bu alanda yapılacak çalışmalar için meso düzeyin seçilmesi önerilebilir. Örneğin kalite konusu, örneğin hastane seviyesinde (mikro) bir konudur; ancak sağlık sistemi düzeyinde kalite konusu makro yani meso düzeyde (örneğin astımdan hastaneye yatış oranı) ele alınması gerekir.
8. Bu konuda çalışacak araştırmacılara bir öneri olarak anahtar kelime kullanımlarında dikkatli davranmaları önerilebilir. Örneğin health policy terimi, health policies, health sector policy, national health policy; sağlık reformları terimi, health reforms, health sector reforms, health reforms şeklinde de ifade edilebilmektedir. Anahtar kelime seçiminde de bir standardizasyonun ve anlam birliğinin sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmed, S., Hasan, M. Z., MacLennan, M., Dorin, F., Ahmed, M. W., Hasan, M. M., Hasan, S. M., Islam, M. T., & Khan, J. A. M. (2019). Measuring the efficiency of health systems in Asia: A data envelopment analysis. *BMJ Open*, 9(3), e022155. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022155>
- Alkhamash R. (2023). Bibliometric, network, and thematic mapping analyses of metaphor and discourse in COVID-19 publications from 2020 to 2022. *Frontiers in psychology*, 13, 1062943. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1062943>
- Alkhamash R. (2023). Bibliometric, network, and thematic mapping analyses of metaphor and discourse in COVID-19 publications from 2020 to 2022. *Frontiers in psychology*, 13, 1062943. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1062943>
- Alshehari, A. H., Al-Selwi, A. A., Agu, S. A., & Younes, M. A. (2024). Measuring progress towards universal health coverage in 22 Middle East and North African countries. *Dialogues in Health*, 5, 100191. <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2024.100191>
- Amos, D. (2022). A practical framework for performance measurement of facilities management services in developing countries' public hospitals. *Journal of Facilities Management*, 20(5), 713–731. <https://doi.org/10.1108/JFM-03-2021-0034>
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 18 Suppl 1, 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>
- Arhin, K., Oteng-Abayie, E. F., & Novignon, J. (2023). Assessing the efficiency of health systems in achieving the universal health coverage goal: Evidence from Sub-Saharan Africa. *Health Economics Review*, 13(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00433-y>
- Aria, M. & Cuccurullo, C. (2017). bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis, *Journal of Informetrics*, 11(4), pp 959-975, Elsevier, DOI: 10.1016/j.joi.2017.08.007
- Asegu, L. M., Kitschen, A., Neuwirth, M. M., & Sauerland, D. (2024). The economic burden of nosocomial infections for hospitals: Evidence from Germany. *BMC Infectious Diseases*, 24(1), 1294. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10176-8>
- Aydinoglu, A. U., Ilhan, A. O., & Özer, Ö. K., (2023). BIBLIOMETRICS AS A RESEARCH METHOD IN SOCIAL SCIENCES: THE EXAMPLE OF ACADEMIC ENTREPRENEURSHIP. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, no.55, 235-258.
- Baazeem, M., Kruger, E., & Tennant, M. (2024). Current status of tertiary healthcare services and its accessibility in rural and remote Australia: A systematic review. *Health Sciences Review*, 11, 100158. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2024.100158>
- Bouzaidi, T. D., & Ragbi, A. (2024). An analysis of the trend towards universal health coverage and access to healthcare in Morocco. *Health Economics Review*, 14(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00477-0>

- Buathong, S., & Bangchokdee, S. (2017). The use of the performance measures in Thai public hospitals. *Asian Review of Accounting*, 25(4), 472–485. <https://doi.org/10.1108/ARA-03-2017-0043>
- Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M., Arispe, I., Kim, S. M., Klazinga, N. S., & OECD Health Care Quality Indicators Expert Group (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 27(2), 137–146. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004>
- Cinaroglu, S. (2024). Trends in out-of-pocket health expenditure inequality in Turkey under comprehensive health reforms. *World Development Perspectives*, 34, 100583. <https://doi.org/10.1016/j.wdp.2024.100583>
- de Silva A. A (2000) framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper series No 32. Geneva: World Health Organization,
- Desai, N L. Veras, A. Gosain (2018). Using Bradford's law of scattering to identify the core journals of pediatric surgery *J. Surg. Res.*, 229 . 90-95
- Don de Savigny & Taghreed Adam (Eds) (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.
- Donthu, Naveen & Kumar, Satish & Mukherjee, Debmalya & Pandey, Nitesh & Lim, Weng (2021). Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N., & Lim, W. M. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 133, 285–296.
- Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Health System Performance Assessment in the WHO European Region: Which Domains and Indicators have been Used by Member States for its Measurement? [Internet] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. (Health Evidence Network Synthesis Report, No. 55.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519098/>
- Figueras, J. et al. (eds.) (2023), *Assessing Health System Performance: Proof of Concept for a HSPA Dashboard of Key Indicators*, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva,
- Franco, L. M., Bennett, S., & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social science & medicine* (1982), 54(8), 1255–1266. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00094-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00094-6)
- GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. (2022). Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health*, 10(12), e1715–e1743. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00429-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00429-6)
- Gizaw, Z., Astale, T., & Kassie, G. M. (2022). What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review. *BMC Primary Care*, 23(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12875-022>
- Gözlü, M., & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.

- Grépin, K. A., Irwin, B. R., & Sas Trakinsky, B. (2020). On the Measurement of Financial Protection: An Assessment of the Usefulness of the Catastrophic Health Expenditure Indicator to Monitor Progress Towards Universal Health Coverage. *Health Systems & Reform*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1744988>
- Hansen, P. M., Peters, D. H., Niayesh, H., Singh, L. P., Dwivedi, V., & Burnham, G. (2008). Measuring and managing progress in the establishment of basic health services: the Afghanistan health sector balanced scorecard. *The International journal of health planning and management*, 23(2), 107–117.
- Henriksen, D (2016). The rise in co-authorship in the social sciences (1980–2013). *Scientometrics* 107, 455–476 <https://doi.org/10.1007/s11192-016-1849-x>
- Henriksen, D (2016). The rise in co-authorship in the social sciences (1980–2013). *Scientometrics* 107, 455–476 <https://doi.org/10.1007/s11192-016-1849-x>
- Hurst, J. and M. Jee-Hughes (2001), “Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems”, *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 47, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/788224073713>.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
- Iwasaki, H., Sakuma, M., Ida, H., & Morimoto, T. (2021). The burden of preventable adverse drug events on hospital stay and healthcare costs in Japanese pediatric inpatients: The JADE study. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 15, 1179556521995833. <https://doi.org/10.1177/1179556521995833>
- Jabbar, S. A., Frödin, M., Wikström, E., Gillespie, B. M., Gyllensten, H., & Erichsen, A. (2025). An economic evaluation of a hospital-wide bundle intervention to reduce hospital-acquired infections and bladder distension among hip fracture patients in Sweden. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 14(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13756-025-01573-y>
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2022). Hastane ve sağlık kurumlarında stratejik yönetim. Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kelley, E. and J. Hurst (2006), “Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper”, *OECD Health Working Papers*, No. 23, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/44013473730>
- Kızılöz, H. E. (2020). Bilimsel Makalelerin Atıf Sayısı Tahmini. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (Özel Sayı), 370-375.
- Konca, M. (2024). The Effect of Universal Health Coverage on Health Outcomes: The Case of Türkiye. *Alanya Akademik Bakış*, 8(2), 490-502. <https://doi.org/10.29023/alanyaakademik.1342126>
- Kumar, M., Kumari, S., Guntipally, S. S., Chhabra, A., Kumar, A., & Kumar, P. (2024). A Step-By-Step Guide of Bibliometric Study for Healthcare and Allied Research. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 16(Suppl 4), S4114–S4116.

- Li, Y., Guan, H. & Fu, H. (2023) Understanding financial risk protection in China's health system: a descriptive analysis using data from multiple national household surveys. *BMC Public Health* **23**, 1820). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16679-4>
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, ve dig. (Editors) (2006). Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Editors. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42933/> Co-published by Oxford University Press, New York.
- Manyazewal T. (2017). Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, **75**, 50. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0221-9>
- Ministry of Public Health General Directorate of Policy and Planning Monitoring & Evaluation Department (2006) Afghanistan Health Sector Balanced Scorecard National and Provincial Results. Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health Indian Institute of Health Management Research. https://www.measureevaluation.org/resources/networks/datausenet/dashboards-and-data-use-forum-may-2010/2006_BSC_Report_-_MOPH_JHU_IHMR.pdf
- Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health*. 2017 Oct 31;2(4):e000486. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000486. PMID: 29225953; PMCID: PMC5717934.
- Mounier-Jack, S., Griffiths, U.K., Closser, S. *et al.* Measuring the health systems impact of disease control programmes: a critical reflection on the WHO building blocks framework. *BMC Public Health* **14**, 278 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-278>.
- Murray C. J.L & Evans, D B. Evans (eds) (2003). Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization
- Murray CJL, Frenk J (1999). A WHO framework for health system performance assessment. Geneva: World Health Organization
- Murray, C.J.L. ve Frenk, J. (2000), "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems", *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(6), 717-731
- Noyons, E.C.M., Moed, H.F. & Van Raan, A.F.J. Integrating research performance analysis and science mapping. *Scientometrics* **46**, 591–604 (1999). <https://doi.org/10.1007/BF02459614>
- OECD (2024) Health Policy Studies Rethinking Health System Performance Assessment A RENEWED FRAMEWORK, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>
- OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems*, The OECD Health Project, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264015562-en>.
- OECD (2024), *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>

- Öztürk, O., Kocaman, R. & Kanbach, D.K. Bibliyometrik araştırma nasıl tasarlanır: genel bir bakış ve bir çerçeve önerisi. *Rev Manag Sci* **18**, 3333–3361 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11846-024-00738-0>
- Passas, I. (2024). Bibliometric Analysis: The Main Steps. *Encyclopedia*, 4(2), 1014-1025. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia4020065>
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresselhaus, T. R., & Lee, M. (2000). Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction. *JAMA*, 283(13), 1715. <https://doi.org/10.1001/jama.283.13.1715>
- Phillips, D. E., Lozano, R., Naghavi, M., Atkinson, C., Gonzalez-Medina, D., Mikkelsen, L., ... Lopez, A. D. (2014). A composite metric for assessing data on mortality and causes of death: the vital statistics performance index. *Population Health Metrics*, 12(1), 14. doi:10.1186/1478-7954-12-14
- Qui, J., Zhau, R., Yang, S., Dong, K (2017). *Informetrics Theory, Methods and Applications*. Singapoure, Springer.
- Rahman, T., Gasbarro, D. & Alam, K. (2022) Financial risk protection from out-of-pocket health spending in low- and middle-income countries: a scoping review of the literature. *Health Res Policy Sys* **20**, 83 <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00886-3>
- Saha, S., Saint, S., & Christakis, D. A. (2003). Impact factor: a valid measure of journal quality?. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 91(1), 42–46.
- Saksena, P., Hsu, J., & Evans, D. B. (2014). Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS medicine*, 11(9), e1001701. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001701>
- Saltman RB, Ferroussier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. *Bull World Health Organ* (78J 732–739
- Sharma, M., Sarin, A., Gupta, P., Sachdeva, S., & Desai, A. V. (2014). Journal impact factor: its use, significance and limitations. *World journal of nuclear medicine*, 13(2), 146. <https://doi.org/10.4103/1450-1147.139151>
- Smith PC (2014) . Health System Performance Assessment. Brussels. Discussion paper Peer Review on HSPA, Belgium 2014 <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12450&langId=en..>
- Valentine NB, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans D. “Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization.”. In: Murray CJL, Evans DB, editors. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organisation; 2003a. pp. 573–96.
- Veillard JHM, Brown AD, Baris E, Permanand G, Klazinga NS. (2011). Health system stewardship of National health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment framework. *Health Policy* (103): 191-199
- Wagstaff A, Flores G, Smitz MF, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. (2017) Progress on impoverishing health spending in 122 countries: A retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 6(2): e169-e179
- WHO (2000) *World health report 2000*. Genova. WHO publication.

- WHO (2012) Pathways to health system Performance assessment a manual to conducting health system Performance assessment at national or sub-national level 8-11) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S. *et al.* Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* **8**, 247 (2008). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
- WHO (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO
- WHO (2007) . Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva, WHO Publications
- Yılmaz, F (2022). Yaşam seyri perspektifinden sağlıkta eşitsizlikler. Ankara: Nobel
- Yılmaz, İ (2025). Gastronomi ve Deneyim Temelli Araştırmaların R Programı İle Bibliometrik Analizi. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.15315539>.
- Yip, W., & Hsiao, W. (2014). Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery. *The Lancet*, 384(9945), 805–818. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61120-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61120-x)
- Zhao, L., Zhao, Y., Du, J., Desloge, A., Hu, Z., & Cao, G. (2022). Mapping the Research on Health Policy and Services in the Last Decade (2009–2018): A Bibliometric Analysis. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.773668>