

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSİTÜSÜ
HASTANE ve SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DENGELİ ÖLÇÜM KARTI’NIN (BALANCED SCORECARD)
ÖZEL VE KAMUYA AİT HASTANELERDE
UYGULANABİLİRLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

MAHMUT FEVZİ GÜN
2501120285

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. CEM CÜNEYT ARSLANTAŞ

İSTANBUL, 2016



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : MAHMUT FEVZİ GÜN Numarası : 2501120285

Anabilim Dalı /
Anasanat Dalı / Programı : HASTANE VE SAĞLIK
KURULUŞLARINDA YÖNETİM Danışmanı : PROF.DR.CEM CÜNEYT ARSLANTAŞ

Tez Savunma Tarihi : 16.08.2016 Saati : 11:00

Tez Başlığı : DENGELİ ÖLÇÜM KARTI'NIN (BALANCED SCORECARD) ÖZEL VE KAMUYA AİT
HASTANELERDE UYGULANABİLİRLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-PROF.DR.CEM CÜNEYT ARSLANTAŞ		KABUL
2- DOÇ.DR.MUHEŞEM BARAN		
3- YRD.DOÇ.DR.HALUK ŞENGÜN		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-PROF.DR.KAMİL AHMET KÖSE		KABUL
2-YRD.DOÇ.PAKİZE YİĞİT		

ÖZ

DENGELİ ÖLÇÜM KARTI'NIN (BALANCED SCORECARD)
ÖZEL VE KAMUYA AİT HASTANELERDE
UYGULANABİLİRLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ
MAHMUT FEVZİ GÜN

Dinamik ve açık bir sistematik dâhilinde faaliyetlerini sürdüren hastaneler tarihten bugüne sadece tıp ve sağlık bilimlerinin değil birçok farklı bilim dalındaki ilerlemelerin sonucu olarak bugünkü çağdaş, rekabet edebilir konumlarına ulaşmışlardır. Bu nedenle, rekabet halindeki her kurum, işletme gibi hastaneler de kritik başarı faktörü olarak dış değişim ve gelişimlere açık modern yönetim uygulamalarını kullanmak zorunda kalmışlardır.

İşletmelerin uzun vadede sürdürülebilir başarılar elde etmesinin yolu, dış ve iç çevrede gösterdiği faaliyetlerin mevcut stratejileriyle olan uyum derecesini ölçebilme becerisinden geçmektedir. Bu hedef ve doğrultuda hazırlanmış bir stratejik yönetim aracı ve yardımcısı olan, dilimizde de dengeli ölçüm kartı, performans ölçme ve dengeli puan cetveli gibi tanımlarla ifade edilen Balanced Scorecard'ın (BSC) günümüz sağlık hizmet sunumunda da faydalı sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.

Bu tez çalışmasında, hastaneler ve değişen yönetim anlayışı, stratejik yönetim, dengeli ölçüm kartı'nın (balanced scorecard) stratejik yönetim aracı olarak ortaya çıkışı, kullanımı, boyutları ve başarısına etki eden faktörlerin sağlık kuruluşlarına, daha da spesifik olarak özel ve kamuya ait hastaneler özelinde uygulanabilirliğe dair yöneticiler nezdinde yapılan bir anket çalışması ile birlikte araştırma sonuçları ve sonuca yönelik öneriler yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Hastaneler, Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard), Hastanelerde Dengeli Ölçüm Kartı Uygulaması

ABSTRACT

APPLICABILITY BALANCED SCORECARD IN PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS: A COMPERATIVE ANALYSIS

MAHMUT FEVZİ GÜN

Hospitals carrying on their activities within a dynamic and open systematic, have reached their today's competitive, modern place as a result of development in not only medical and health sciences but also in many different sciences. For that reason, hospitals, like every institution, business, had to use modern management applications which is open ended for outer change and development as a critical success factor.

Achieving long term sustainable successes for businesses depends on measuring skill of harmony degree of their internal and external environment with current strategies. Balanced Scorecard (BSC), which is a strategical management tool prepared for this target and direction and also expressed as balanced scorecard, performance measurement and balanced score sheet in our language, also considered to have benefits in today's providing health service.

In this thesis work, hospitals and changing management concept, strategical management, balanced scorecard revealing as strategical management tool, its use, aspects and a survey work done by managers related to factors effecting its success to applicability in health foundations, and more specifically in private and public hospitals together with investigation results and advices oriented to results takes place.

Keywords: Hospitals, Balanced Scorecard, Balanced Scorecard application in hospitals

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte sağlık harcamalarına ayrılan pay ve yatırımlar tüm dünyada artmakta, bunun sonucu olarak sağlığa ayrılan kaynakların etkili verimli kullanılması ihtiyacı doğmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ve bu hizmeti sunan hastanelerin kendine özgü niteliği de düşünüldüğünde söz konusu değerli kaynakların ve uzmanlaşmış iş gücünün yönetimi için profesyonel kadrolara ve yönetim anlayışlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyacı karşılayacak yönetim anlayışlarından biri de kurumsal performans ölçüm sistemi ve stratejik yönetim olan Dengeli Ölçüm Kartı'dır.

Bu tez çalışmasıyla özel ve kamuya ait hastanelerde Dengeli Ölçüm Kartı'nın uygulanabilirliğine yönelik yönetici algıları ve hastanelerin mevcut uygulamalarıyla Dengeli Ölçüm Kartı yaklaşımına ne derece uygun faaliyetler içinde olduğuna dair karşılaştırmalı bir analiz yapılması amaçlanmış ve ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda bir takım önerilere yer verilmiştir.

Araştırma süresince, yoğun çalışma temposu içinde değerli vaktini ayırarak çalışmamı yönlendiren ve çalışmaya değerli fikirleri ile ışık tutan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Cem Cüneyt Arslantaş'a, hayatım boyunca desteklerini yanımda hissettiğim başta annem olmak üzere sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, çalışmama destek olan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Yalova Çınarcık Devlet Hastanesi, Yalova Devlet Hastanesi, Yalova Özel Atakent Hastanesi ve Yalova Özel Uzmanlar Hastanesi yöneticilerine teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
TABLolar	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
1.GİRİŞ	1

I. BÖLÜM

PERFORMANS ÖLÇÜM SİSTEMLERİ, STRATEJİK YÖNETİM VE DENGELİ ÖLÇÜM KARTI (BALANCED SCORECARD) KAVRAMLARI

1.1. Performans Ölçümü ve İlgili Temel Kavramlar.....	2
1.1.1. Performans Ölçümü ve Performans Değerlendirme Ayrımı.....	4
1.1.2. Performans Ölçümü Kavramının Tarihi Gelişimi	6
1.1.3. Performans Ölçüm Sistemleri	11
1.1.4. Performans Yönetimi	19
1.1.5. Stratejik Yönetim ve Performans Yönetimi İlişkisi	22
1.1.6. Stratejik Yönetim Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) İlişkisi.....	23
1.2. Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) Tanımı ve Özellikleri	24
1.2.1. Stratejinin Ölçülmesi ve Dengeli Ölçüm Kartı'nın (Balanced Scorecard) Boyutları	27
1.2.1.1 Finansal Boyut	28
1.2.1.2 Müşteri Boyutu	29
1.2.1.3 İç Süreçler Boyutu	31
1.2.1.4 Öğrenme ve Gelişme Boyutu	33
1.2.2 Dengeli Ölçüm Kartı Ölçülerini Stratejiyle Bağdaştırma	33
1.2.2.1. Neden-Sonuç İlişkileri	33
1.2.2.2 Performans Göstergeleri.....	36
1.2.2.3 Finansal Amaçlarla Bağlantı	37
1.2.3. Yapı ve Strateji	37
1.2.4. Dengeli Ölçüm Kartı'nın (Balanced Scorecard) Oluşturulması	41
1.2.4.1 Ölçülerin/Göstergelerin oluşturulması.....	42
1.2.4.2 Stratejik amaçlar üzerinde fikir birliği sağlanması	43
1.2.4.3 Ölçülerin seçilmesi ve tasarlanması	44
1.2.4.4Uygulama planının hazırlanması.....	46

II. BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA DENGELİ ÖLÇÜM KARTI (BALANCED SCORECARD)

2.1. Sağlık Sistemi.....	48
2.2. Sağlık Hizmetleri.....	50
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	51
2.2.2. Rehabilitasyon Hizmetleri	52
2.2.3. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	53
2.2.4. Tedavi Hizmetleri.....	53
2.3. Sağlık Kuruluşları ve Hastaneler.....	54
2.3.1 Sağlık Kuruluşları	54
2.3.2.Hastaneler.....	55
2.3.2.1.Hastane Organizasyonu ve Özellikleri.....	57
2.3.2.2. Örgütsel Açıdan Hastanelerin Özellikleri	60
2.3.2.2.1 Devlet Hastanelerinin Özellikleri.....	60
2.3.2.2.2 Üniversite Hastanelerinin Özellikleri.....	61
2.3.2.2.3. Özel Hastanelerin Özellikleri	62
2.4. Sağlık Kuruluşlarında Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard)	
Uygulamaları	63

III. BÖLÜM

DENGELİ ÖLÇÜM KARTI'NIN (BALANCED SCORECARD) ÖZEL VE KAMUYA AİT HASTANELERDE UYGULANABİLİRLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	76
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	76
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	77
3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	78
3.5. ARAŞTIRMA BULGULARI	78
3.5.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik.....	79
3.5.2. Yöneticilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	80
3.5.3. Hastane Yöneticilerinin Performans Ölçümüne İlişkin Sorulara Verdikleri Cevapların Analizi.....	84
3.5.4. Hastanelerde Performans Ölçütlerinin Önemi ve Ölçüm Sıklığına İlişkin Bulgular	88
3.5.5. Performans Ölçütlerinin Önemi ve Ölçüm Sıklıklarının Hastanelerin Mülkiyetine Göre Karşılaştırılması	113
3.5.6. Yöneticilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	147

SONUÇ ve ÖNERİLER.....	182
KAYNAKÇA.....	186
EKLER.....	199
Ek 1. Anket Formu	199
Ek 2. Araştırma İzin Formları	203



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1:	Performans Ölçümü İle Ürün ve Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki.....	4
Şekil 1.2:	Yedi Performans Kriteri Arasındaki İlişkiler.....	14
Şekil 1.3:	Performans Yönetimine Genele Bakış.....	22
Şekil 1.4:	Müşteri Boyutu ve Temel Ölçüler.....	30
Şekil 1.5:	Şirket İçi İşleyiş Boyutu-Genel Değer Zinciri.....	32
Şekil 1.6:	Performans Boyutları ve Strateji ile İlişkisi.....	35
Şekil 1.7:	Niven'in Dengeli Ölçüm Kartı Analogisi.....	36
Şekil 1.8:	Stratejik Yapı İçin Yönetim Sistemi.....	38
Şekil 2.1:	Sağlık Politikalarına Göre Sağlık.....	49

TABLOLAR

Tablo 1.1:	Performans Ölçütlerinin Özellikleri.....	3
Tablo 1.2:	Performans Göstergeleri.....	5
Tablo 1.3:	Yıllar Bazında İncelenen Performans Ölçütleri.....	8
Tablo 1.4:	Geleneksel ve Geleneksel Olmayan Performans Ölçütleri.....	9
Tablo 1.5:	1991-1997 Yılları Arasında Performans Yönetim Konseptinde Yaşanan Evrim.....	10
Tablo 1.6:	Literatürde Bahsedilen Performans Ölçüm Sistemleri, Uygulayıcıları ve Literatürdeki Yeri.....	12
Tablo 1.7:	Müşteri Boyutunda Kullanılabilecek Ölçütler.....	31
Tablo 2.1:	Bir Hastanenin Örnek Girdi, Çıktı ve Sonuçları.....	64
Tablo 2.2:	Kıyaslamalı çalışmalarda kullanılan 10 farklı Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) Modeli ve Perspektifleri.....	65
Tablo 2.3:	Kırsal Kesimdeki Küçük Çapta Hastaneler İçin Dengeli Ölçüm Kartı Uygulaması Adımları.....	68
Tablo 2.4:	Hastanelerde Kullanılabilecek Performans Göstergeleri.....	71
Tablo 2.5:	Kar Amaçsız Hastanelerde 4 Dengeli Ölçüm Kartı Boyutu ve Ölçütleri.....	73
Tablo 3.1:	Yöneticilerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	80
Tablo 3.2:	Hastanenizde performans ölçümü yapılmasının nedenleri.....	84
Tablo 3.3:	Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi.....	85
Tablo 3.4:	Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlar.....	87
Tablo 3.5:	Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde Finansal Boyuta İlişkin Bulgular.....	88
Tablo 3.6:	Kamu Hastaneleri Grubuna Ait Finansal Boyuta İlişkin Bulgular.....	89
Tablo 3.7:	Özel Hastaneler Grubuna Ait Finansal Boyuta İlişkin Bulgular.....	90
Tablo 3.8:	Finansal Boyuta Ait Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'ne İlişkin Bulgular.....	92
Tablo 3.9:	Finansal Boyuta Ait Özel Üniversite Hastanesi'ne İlişkin Bulgular.....	93
Tablo 3.10:	Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular.....	94
Tablo 3.11:	Kamu Hastaneleri Grubuna Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular.....	96
Tablo 3.12:	Özel Hastaneler Grubuna Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular.....	97
Tablo 3.13:	Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'ne Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular.....	99
Tablo 3.14:	Özel Üniversite Hastanesi'ne Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular.....	100
Tablo 3.15:	Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular.....	102

Tablo 3.16:	Kamu Hastaneleri Grubuna Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular.....	103
Tablo 3.17:	Özel Hastaneler Grubuna Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular.....	104
Tablo 3.18:	Kamu Üniversite Hastanesi'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular.....	105
Tablo 3.19:	Özel Üniversite Hastanesi'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular.....	106
Tablo 3.20:	Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular.....	108
Tablo 3.21:	Kamu Hastaneleri Grubuna Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular.....	109
Tablo 3.22:	Özel Hastaneler Grubu'na Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular.....	110
Tablo 3.23:	Kamu Üniversite Hastanesi'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular.....	111
Tablo 3.24:	Özel Üniversite Hastanesi'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular.....	112
Tablo 3.25:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	113
Tablo 3.26:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	114
Tablo 3.27:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Finansal Boyuta İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	116
Tablo 3.28:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Göre Finansal Boyuta İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	117
Tablo 3.29:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	118
Tablo 3.30:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	119
Tablo 3.31:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	120
Tablo 3.32:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	122
Tablo 3.33:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	124

Tablo 3.34:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	126
Tablo 3.35:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	127
Tablo 3.36:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	130
Tablo 3.37:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Hasta ve Personel Boyutuna Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	131
Tablo 3.38:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Hasta ve Personel Boyutuna Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	134
Tablo 3.39:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	135
Tablo 3.40:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	136
Tablo 3.41:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	138
Tablo 3.42:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	139
Tablo 3.43:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	140
Tablo 3.44:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Öğrenme ve Gelişme Boyutuna Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	141
Tablo 3.45:	Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	143
Tablo 3.46:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	144
Tablo 3.47:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	145
Tablo 3.48:	Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	146

Tablo 3.49:	Yöneticilerin Yaşlarına Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına İlişkin Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	148
Tablo 3.50:	Yöneticilerin Deneyimlerine Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	153
Tablo 3.51:	Yöneticilerin Görevlerine Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	161
Tablo 3.52:	Yöneticilerin Eğitim Durumlarına Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeylerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	169



KISALTMALAR LİSTESİ

ABC: Activity Based Costing (Faaliyet Tabanlı Maliyetlendirme)

BSC: Balanced Scorecard

CEO: Chief Executive Officer (Genel Müdür-Baş Yönetici)

CIM: Common Information Model (Genel Bilgi Modeli)

Diğ. : Diğerleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EFQM: European Foundation for Quality Management (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı)

EVA: Economic Value Added (Ekonomik Katma Değer)

İKY: İnsan Kaynakları Yönetimi

JIT: Just In Time –Manufacturing- (Tam Zamanında Üretim)

MSB: Milli Savunma Bakanlığı

NHS: National Health System (Ulusal Sağlık Sistemi)

ROI: Return on Investment (Yatırımın Geri Dönüş Oranı)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SVA: Shareholder Value Analysis (Paydaş Değer Analizi)

TQM: Total Quality Management (Toplam Kalite Yönetimi)

UPHS: Pennsylvania Üniversitesi Sağlık Sistemi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1.GİRİŞ

Endüstriyel çağın rekabet dinamikleri zamanla dönüşerek yerini bilgi çağının rekabet ortamına bırakmıştır. Önceki yıllarda gerçel sayılarla ifade edilen başarı kıstasları bilgi çağıyla birlikte maddi olmayan varlıkların da işlerlik kazanmasına, rekabete yeni ve karmaşık boyutların da dahil olmasına ön ayak olmuştur. İmalat ve hizmet işletmelerinde yaşanan bu gelişmeler her türlü bilginin müşteri odaklı bir değer zinciri dahilinde kullanılmasına ve ölçülebilir olarak yeni, sürdürülebilir değerler yaratma zorunluluğuna yol açmıştır.

Bu çalışma ile Dengeli Ölçüm Kartı'nın (Balanced Scorecard) sağlık sektöründe, daha da spesifik olarak Yalova'daki özel ve kamuya ait hastaneler ile İstanbul ilinde bulunan bir özel ve bir devlet olmak üzere iki üniversite hastanesinde uygulanabilirliğine yönelik sorumlu yöneticilerin algı düzeyleriyle, hastanelerin performans ölçütlerine dair ölçüm sıklıklarının değerlendirilmesi ve karşılıklı analiz edilmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde; Performans, Performans-Strateji, Strateji-Dengeli Ölçüm Kartı ilişkisi konuları incelenmiş ve Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) konusu ayrıntılı şekilde ele alınmıştır.

İkinci bölümde ise, Sağlık Sistemi ve Hastaneler üzerinde durulmuş, özellikleri, sınıflandırılması ve mülki durumları özelinde Sağlık Kuruluşları ve Hastaneler ile Sağlık Kuruluşlarında Dengeli Ölçüm Kartı Uygulamaları konusu ele alınmıştır.

Üçüncü bölümle Dengeli Ölçüm Kartı'nın Yalova'daki hastaneler ile İstanbul ilinde bulunan bir özel ve bir devlet olmak üzere iki üniversite hastanesinde uygulanabilirliğini incelemek amacıyla özel ve kamuya ait hastane yöneticileri nezdinde bir anket uygulaması yapılmıştır. Bu bölümde öncelikle, araştırma hakkında bilgiler verilmiş, daha sonra araştırmanın içeriği, araştırmanın yöntemi, araştırma sonuçlarının analizleri ve elde edilen sonuçlara ait bulgular ve önerilere yer verilmiştir.

I. BÖLÜM

PERFORMANS ÖLÇÜM SİSTEMLERİ, STRATEJİK YÖNETİM VE DENGELİ ÖLÇÜM KARTI (BALANCED SCORECARD) KAVRAMLARI

Bu bölümde, performans ve performansın ölçülmesi ile ilgili temel kavramlar, Performans ile Stratejik Yönetim, Stratejik Yönetimle Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) ilişkisi ve Dengeli Ölçüm Kartı ile ilgili bilgiler verilip Dengeli Ölçüm Kartı geliştirme ve uygulama aşamaları açıklanacaktır.

1.1. Performans Ölçümü ve İlgili Temel Kavramlar

Günlük hayatta sıklıkla kullanılan performans kelimesi, İngilizce ve Fransızca performance kökünden dilimize geçmiştir (İclal, 2010:35) (Turhan, 2009:58). Türk dilinde “beceri, başarı, kapasite, yetenek gibi anlamlara gelen performans, kısaca bir işin yerine getiriliş düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Genel anlamıyla ise performans; belirli bir amaç için yapılan, planlar doğrultusunda ulaşılan noktayı nicel ve nitel yönleriyle belirleyen bir kavram olarak” ifade edilmektedir. Yani belirlenmiş olan hedefe ulaşım seviyesinin ölçümüdür (Ateş, 2007:2).

“Bir işin, işle ilgili süreçlerin ve işi yapan kişilerin amaçlar, sonuçlar ve kullanılan kaynaklar ile ilgili nicel ve nitel açıdan ulaştığı sonuçlar şeklinde de tanımlanabilen performans kavramı, örgüt düzeyinde incelendiğinde, örgütün önceden belirlenmiş olan amaçlarına, kaynaklarını en etkili şekilde kullanarak ulaşabilme kabiliyetini ifade etmektedir” (Oyman, 2009:12). Performans ölçümü, daha açık bir şekilde tanımlamak gerekirse, “bir kurumun kullandığı kaynakları, ürettiği ürünleri ve hizmetleri, elde ettiği sonuçları takip etmesi için düzenli ve sistematik biçimde veri toplanması, bunların analiz edilmesi ve raporlanması sürecidir” (Yenice, 2006:57).

Performans ölçümü kuruluşlara, örgütlerinin hangi durumda olduğunu anlamalarında, örgütlerini yönetmekte ve geliştirmede aracılık yaparak yardımcı

olmaktadır. İyi bir performans ölçümünde olması gereken nitelikler Tablo 1.1’de şu şekilde ifade edilebilmektedir (Kabadayı, 2002:67):

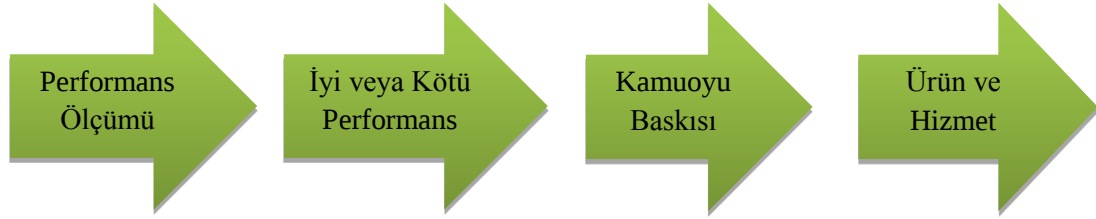
Tablo 1.1: Performans Ölçütlerinin Özellikleri

• Stratejik planlarla ilgili ve bunları uygulayıcı olmalı	• Örgüt hiyerarşisine uygun olmalı
• Uygulaması kolay olmalı	• Dış çevre ile uygun olmalı (rekabet v.b.)
• Karmaşık olmamalı	• Performans sonuçlarından sorumlu olmalı
• Müşterinin istekleri doğrultusunda yönlendirilmeli	• İşbirliğini yatay ve dikey teşvik etmeli
• İşlevsel birimler arasında bütünleştirilmiş olmalı	• Örgüt birimleri arasındaki haberleşmeyi sağlamalı
• Üzerinde fikir birliğine varılmış olmalı	• Anlaşılabilir olmalı
• Gerçekçi olmalı	• Kritik faktörlere odaklanmalı
• Neden ve sonuçlar arasında ilişki kurabilmeli	• Maliyetin yanı sıra kaynak ve girdilere de odaklanmalı
• Zamanında geri besleme yapabilmeli	• Geri beslemesi harekete geçirici olmalı
• Kendi kendisini ölçebilmeli	• Geleceği tahmin için veri üretebilmeli
• Amaçları olmalı	• Sınırları olmalı
• Bireysel ve örgütsel öğrenmeyi desteklemeli	• Sürekli gelişme ve ilerlemeyi teşvik etmeli
• Dışsal karşılaştırmalar için veri üretebilmeli	• Birbirleri ile çatışmamalı
• Örgütün amaç, insan, kültür ve anahtar başarı faktörleri ile uyumlu ve onları destekleyici olmalı	

Kaynak: Kabadayı, Ebru Tümer, İşletmelerdeki Üretim Performans Ölçütlerinin Gelişimi, Özellikleri ve Sürekli İyileştirme İle İlişkisi, Doğu Üniversitesi Dergisi, 2002/6, s.61-75.

Performans ölçümünün nihai amacı, üretilen mal ve hizmetlerin kalitesinde artış sağlamaktır. “Performans ölçümü ile öncelikle iyi veya kötü performansın ortaya çıkarılması, tespiti sağlanmaktadır. Daha sonra mal ve hizmet üretenlerin üzerinde bu yolla kamuoyu baskısı oluşturulması amaçlanmakta ve son olarak da bu kamuoyu baskısının daha kaliteli mal ve hizmet üretimine yol açması hedeflenmektedir” (Yenice, 2006:61). Bu süreci aşağıdaki Şekil 1.1 yardımıyla özetlemek mümkündür;

Şekil 1.1: Performans Ölçümü İle Ürün ve Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki



Kaynak: Yenice Ebru, Kamu Kesiminde Performans Ölçümü ve Bütçe İlişkisi, Sayıştay Dergisi, Nisan-Haziran 2006, Sayı: 61, s.61.

Bu ilişkiler bütünü, “işletme amacının ya da görevinin yerine getirilme derecesi olarak algılanmalıdır. Bu durumda performans, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilmektedir” (Karaman, 2009:413).

1.1.1. Performans Ölçümü ve Performans Değerlendirme Ayrımı

Performans ölçümü kavramı, sıklıkla performans değerlendirme kavramı ile karıştırılan, benzer sanılmakta olan bir konudur. Performans ölçümünde herhangi bir varlığın veya olayın ölçülmek istenen özelliğinin, bu özelliğin ölçülmesine yarayan bir ölçek ile aslına uygun biçimde betimlenmesi söz konusu iken (Işığışık, 2008:2), performans değerlendirme için, performans ölçme işleminden farklı olarak, ölçme sonuçlarını belirli bir ölçüt sistemine dayanarak ölçülen nitelik hakkında bir değer yargısına varma süreci olarak tanımlama yapmak mümkündür. Performans değerlendirme gerçek başarı ile istenen başarı arasındaki açıklığı belirlemeye yarayan bir süreç olup bireysel düzeyde psikolojik bir ihtiyaç, kurum düzeyinde ise motivasyona yönelik bir gereksinim anlamına gelmektedir. Performans değerlemenin ana hedefi kişiyi veya örgütü kendi çalışmaları hakkında bilgilendirmektir (Harmankaya, 2010:23).

“Performans değerlendirme işlemi, sadece yöneticilerin astlarını değerlendirmesi şeklinde olmayıp, iş ilişkisinde bulunduğu tüm taraflarca değerlendirme şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir. Bu amaçla, Yöneticilerce değerlendirme, Öz değerlendirme (çalışanın kendi kendisini değerlendirmesi), Takım arkadaşlarınca değerlendirme, Astlarca değerlendirme, Bilgisayarlı değerlendirme,

Müşterilerce değerlendirme, 360 derece değerlendirme vb. yaklaşımlar söz konusu olmaktadır” (Işığışık, 2008:5).

“Günümüzde performans değerlemede üç çeşit temel performans göstergesi kullanılmaktadır. Göstergeler finansal, finansal olmayan ve teknik göstergeler olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır” (Tunçer, 2006:29). Tablo 1.2’de bu göstergeler ve ölçüm fazları yer almaktadır.

Tablo 1.2: Performans Göstergeleri

Finansal Performans Göstergeleri	Finansal Olmayan Performans Göstergeleri	Teknik Performans Göstergeleri
Büyüme	Çalışma Yaşamının Kalitesi	Etkenlik
Karlılık ve Bütçeye Uygunluk	Müşteri Tatmini	Verim ve Girdilerden Yararlanma
	Çalışanların Tatmini	Verimlilik
	Pazar Payı	Kalite
	Müşteri Tatmini	Yenilik

Kaynak: Tunçer Ender, Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, İşletme Anabilim Dalı Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ağustos 2006, s.29.

“Performans değerlemede kullanılan göstergelerden ilki aritmetik veya sayısal temelli göstergeler olan finansal performans göstergeleridir. Bu göstergeler rakamlar, yüzdeler ve oranlarla ifade edildikleri için sayısal temelli göstergeler olarak adlandırılmaktadır. Bu göstergeler, firmaya ait mali tablolardan ve muhasebe kayıtlarından elde edilen bilgilere dayanılarak hazırlanmaktadır. Bir firmanın finansal performansının genel olarak iki temel göstergesi: “büyüme” ve “kârlılık ve bütçeye uygunluktur”. Firmaların finansal performans kriterleri söz konusu iki boyut tarafından belirlenmektedir. İkinci grup ise, nitelik temelli göstergeler olan finansal olmayan performans göstergeleridir. Nitelik temelli göstergeler kişilerin algılamalarına dayandıkları için daha subjektiftir” (Tunçer, 2006:28).

İşletmeler, piyasada yaşanan değişimle birlikte, finansal olmayan performans göstergelerini kullanarak rekabet avantajı sağlamaya çabalamaktadır. Bu göstergeler firmanın ekonomik durumunu ve büyüme olasılığını, genellikle, raporlanan gelirlere oranla daha iyi şekilde yansıtmaktadır. Geleneksel satış ve karlılık analizlerine ilave

olarak ortaya çıkan bu ölçütlerin firmanın ileri vadedeki durumu hakkında daha aydınlatıcı bir perspektif sunduğu düşünülmektedir (Hacıoğlu, 2012:61).

Literatürde en temel finansal olmayan performans göstergeleri olarak, “çalışma yaşamının kalitesi”, “müşteri tatmini” ve “çalışanların tatmini”, “pazar payı” gibi göstergeler yer almaktadır. Üçüncü grupta da işletmelerde performansın tüm boyutlarıyla ölçülmesini sağlayan teknik temelli göstergeler ifade edilmektedir. Teknik temelli göstergeler işletmelerde en üst yönetim düzeyinden en alt düzeye, etkinliklerin, üretim kaynaklarının, çalışan performansının ölçülmesinde girdi olarak kullanılmakta, sonuçların nedenlerini ve olumsuz sonuçları düzenleme olanaklarını ortaya koyabilmektedirler. Fakat finansal göstergelerle kıyaslandığında, daha zor anlaşılmaktadır. Etkenlik, verim ve girdilerden yararlanma, verimlilik, kalite, yenilik göstergeleri en temel etkenlik göstergeleri olarak ortaya çıkmıştır. Ancak bazı araştırmacılar finansal olmayan göstergeleri teknik göstergeler olarak adlandırırken, bazı araştırmacılara tarafından, çok boyutlu performans değerlendirme yöntemleri dikkate alındığında, finansal olmayan göstergeler ve teknik göstergeler şeklinde ayırım yapılmasının daha uygun olacağı ifade edilmektedir (Tunçer, 2006:28).

Finansal, finansal olmayan ve teknik göstergeler olarak adlandırılan performans göstergelerinin, zaman içinde önceliğini yitiren, yeni ortaya çıkan veya daha fazla önem kazanan performans yönetimi anlayışlarına (Özer, 2009:3) yerini bırakması ile yaşanan süreç ise, performans ölçümü kavramının tarihi gelişimi bölümünde değerlendirilmektedir.

1.1.2. Performans Ölçümü Kavramının Tarihi Gelişimi

“Performans ölçümü ve yönetiminin tarih içindeki gelişimine bakıldığında yöntem olarak, süreçlerin tek başlarına incelenmesinden sistem yaklaşımına, finansal ölçütlerden de finansal olmayan ölçütlere doğru gelişme gösterdiği söylenebilmektedir” (Yüreğir, Nakıboğlu, 2007:546). İlgili literatür incelendiğinde performans yönetim kavramının ortaya çıkmasından bu yana iki aşamada gruplandırıldığı görülmektedir. İlk aşama 1880 ile 1980 yılları arasındaki karlılık, verimlilik ve yatırımın geri dönüş oranı gibi finansal ölçümlere odaklı dönemdir. İkinci aşama, global rekabetin sonucu olarak müşteri isteklerinde meydana gelen değişimle,

yönetim ve üretimde yeni felsefe ve teknolojik uygulamalara geçme zorunluluğunun ortaya çıkışıyla başlamaktadır (Ghalayini, Noble, Crowe; 1997:208)

1980 öncesi döneme denk gelen ve performans ölçüm sistemlerinin tarihi gelişim sürecinde birinci aşamaya tekabül eden finansal ölçütlere odaklı performans ölçümü uygulamaları, tamamen finansal göstergelere bağlı kalınarak alınan kararların, açıklama ve öngörü gücünden muzdarip sonuçları yansıttığı gerekçesiyle bir takım eleştiriler almıştır. Bu nedenle finansal ölçümlerin geriye bakışa odaklandığı ifade edilmiş; finansal ölçümlerin, yönetim kavramının özü olan süreçler yerine bireysel ve fonksiyonel noktalara odaklanma eğiliminde olduğu yönünde eleştiriler getirilmiştir. Süreç yönetiminin, geleneksel ölçümlerin karşılamakta yetersiz kaldığı çapraz ölçümleri gerektirmesine rağmen, geleneksel ölçüm sistemleri stratejik bakış eksikliğinden dolayı, kısa dönemli vizyonun izlenmesi gibi sonuçlara yol açmıştır (Gopal, 2002:716).

Ghalayani v.d. (1997)'ne göre bu durum, geleneksel performans ölçüm sistemlerinin, yönetim muhasebe sistemlerinin bir parçası olarak direkt işçilik maliyetlerini kontrol etme ve azaltmaya odaklanmış olması gibi temel sınırlamalara bağlı olunmasından kaynaklanmaktadır (Ghalayini, Noble, Crowe; 1997:208).

Ghalayani, geleneksel performans ölçütlerinin diğer sınırlamalarını ise şu şekilde sıralamaktadır:

“– Geleneksel ölçütler, performansı ve diğer gelişme göstergelerini sadece finansal terimlerle değerlendirmeye çalışırlar. Örneğin tedarik zamanındaki azalma, üretim çizelgesine uygunluk gibi bütünsel başarı üzerinde etkili birçok gelişim çabasının, sadece para cinsi ile ifade edilmesi zordur.

– Bu ölçütlerin, işletmedeki tüm bölümler tarafından kullanılabilecek şekilde, önceden tasarlanmış formatları bulunmaktadır.

– Sürekli gelişim kavramı ile uyuşmama eğilimleri vardır.

– Kalite, üretim, koruyucu bakım ve çizelgeleme alanlarında üretim ortamı operatörlerine daha fazla sorumluluk ve otomasyon sağlayan yeni yönetim tekniklerine uygulanabilirlikleri sınırlıdır” (Yüreğir, Nakıboğlu, 2007:547).

İkinci aşama olarak kabul edilen 1980’ler ve sonrasında ise, geleneksel performans ölçüm sistemleri yavaş yavaş terkedilmeye başlanmıştır. “Tam zamanında üretim felsefesinin, yani tüm birimlerin katılımıyla en az maliyet ve en yüksek müşteri

memnuniyetini sağlayacak sürekli iyileştirmeyi amaçlayan stratejilerin ortaya çıkmasıyla, performans ölçüm araştırmaları imalat planlaması ve kontrol sistemlerine yönelmiştir. Daha sonra bu gelişmeleri bilgisayar destekli imalat ve esnek üretim sistemlerindeki konuların performans ölçümlerinin araştırılması izlemiştir. Bazı araştırmacılar kalite, maliyet, zaman ve esnekliğin çeşitli boyutlarını stratejik açıdan incelerken, bazı araştırmacılar da; genel işletme performansı ile ilişkili fonksiyonel veya birimsel performans için birtakım yapılar geliştirmişlerdir. Araştırmalar genellikle, fabrika sistemlerinin nasıl işletme performansı ile ilişkili olduğu ve onu nasıl etkilediği üzerinde yoğunlaşmıştır. Zamanla, imalat sistem performansının bütün işletme performansı üzerinde etkili olduğu kanısına varılmıştır.” Aşağıdaki Tablo 1.3 çeşitli yazarlarca ele alınan performans ölçütlerinin yıllar bazındaki değişimini ortaya koymaktadır (Kabadayı, 2002:62).

Tablo 1.3: Yıllar Bazında İncelenen Performans Ölçütleri

Yazar (lar)	Yıl	Performans Ölçütleri
Skinner	1969	“Üretkenlik, hizmet, kalite, yatırımın geri dönüşü”
Campanella and Corcoran	1983	“Kalite seviyesi (hata yüzdesi), kalite maliyetleri (=koruma mal. + değerlendirme mal. + hata mal.)”
Richardson, Taylor and Gordon	1985	“Çıktı hacmi, birim başına maliyet, kalite, zamanında teslim, iş gücü verimliliği, yeni ürün sunma yeteneği, ürün esnekliği, hacim esnekliği”
Rosenfield, Shapiro and Bohn	1985	“Maliyet-teslim süresi”
Skinner	1985	“Maliyet ve etkinlik, ürün kalitesi/güvenirlilik, teslim süresi ve güvenirliliği, yatırım, ürün esnekliği, hacim esnekliği”
Fine	1986	“Uygunluk seviyesi (hatalı olmama oranı), maliyet= değerlendirme mal + koruma mal. + hata mal.”
Miller and Roth	1988	“Fiyat, kalite tutarlılığı (uygunluk), yüksek üretkenlik, esneklik, hızlı hacim değişimi, hızlı teslim, güvenilir teslim, satış sonrası hizmet, promosyon”
Ferfows and De Meyer	1990	“Kalite, birim üretim maliyeti, envanter değişimi, gelişme hızı, zamanında teslim, yığın büyüklüğü, genel maliyetler”
Miller and Kim	1990	“Genel maliyetler, üretim maliyeti, teslim hızı, yeni ürün geliştirme hızı, stok hızı, kalite”
Schonberger	1990	“İşleme süresini azaltma, iş gücü üretkenliği, girdi ve çıktı kalitesi, üretim birim maliyeti, tahmin uygunluğu”

New	1992	“İşleme süresi, teslimat güvenirliği, kalite, fiyat, tasarım esnekliği, hacim esnekliği”
Carbett and Van Wassenhove	1993	“Maliyet, zaman (esneklik, hizmet, teslim, yenilikçilik) kalite (güvenirlik, uygunluk, dayanıklılık, hizmet verebilirlik, esneklik)”
Flynn, Filippini, Forza ve diğ.	1996	“Teslim süresi, kalite tutarlılığı/yeteneği, üretkenlik, satış maliyeti”
Mapes	1996	“İmalat maliyetleri, kalite tutarlılığı, işleme süresi, teslimat güvenirliği, yeni ürün sunum hızı ve oranı, ürün çeşitliliği”
New and Szejczewski	1996	“Üretkenlik, müşteri hizmeti”

Kaynak: Kabadayı Ebru Tümer, İşletmelerdeki Üretim Performans Ölçütlerinin Gelişimi, Özellikleri ve Sürekli İyileştirme İle İlişkisi, Doğu Üniversitesi Dergisi, 2002/6, 61-75, s.62.

90’lı yıllarla birlikte, performans ölçütlerinin yıllar bazındaki değişimi ivme kazanmaya başlamıştır. Bu yıllardan itibaren “daha geniş bir bakış açısı ile ele alınmaya başlanan kurumsal performansın, sadece işletme sahiplerinin ve paydaşlarının istek ve beklentilerini göz önüne almak yerine, aynı zamanda müşteri, çalışan, tedarikçi ve devlet gibi tarafları da ilgilendiren bir kavram olduğu görüşü ortaya çıkmıştır. Bu paydaş yönelimi, daha sonraları toplum ve gelecek kuşaklar gibi önemli paydaşları da kapsayacak şekilde genişletilmiştir” (Dönmez ve Ark., 2013:34,35).

Bu gelişmelerle birlikte “kurumsal performans; işletmenin kârlılık, etkinlik, etkinlik, verimlilik, kalite, müşteri, çalışanlar, yenilik ve çevre gibi farklı boyutlarda gösterdiği bütüncül başarı olarak tanımlanmaya başlanmıştır” (Dönmez ve Ark., 2013:34,35).Gelenen noktada uzun süre performans ölçümü olarak kullanılan geleneksel ölçütler yerini daha kapsamlı, dengeli, esnek, dinamik, destekleyici ölçütlere bırakmıştır. Geçmişten günümüze anlayış ve uygulamalarda yaşanan bu farklılaşma Tablo 1.4’te özelliklerine göre şu şekilde ifade edilmektedir.

Tablo 1.4: Geleneksel ve Geleneksel Olmayan Performans Ölçütleri

Özellikler	Geleneksel performans ölçütleri	Geleneksel olmayan performans ölçütleri
Sistem yapısı	“Muhasebe standartları”	“İşletme stratejisi”
Ölçüt tipleri	“Finansal”	“Operasyonel ve finansal”
Denetleme	“Orta ve üst yönetim”	“Tüm çalışanlar”
Frekans (Sıklık)	“Geri (haftalık veya aylık)”	“Gerçek zamanlı (saat, gün vb.)”
“Gerçeklik” ile bağlantısı	“Dolaylı, yanıltıcı”	“Basit, doğru, doğrudan”

Üretim düzeyi ile ilgisi	“İlgili değil”	“Kullanılır”
Format (Şekil)	“Sabit”	“Esnek-değişken”
Yerel-Genel uyumu	“Statik, değişken değil”	“Dinamik, yapıya bağlı”
İstikrarı	“Statik, değişken değil”	“Dinamik, yapıya bağlı”
Amaç	“İzleme”	“Gelişme”
Yeni gelişim yaklaşımlarına (JIT, TQM, CIM vb.) desteği	“Uyum sağlaması zor”	“Uygulanabilir”
Sürekli gelişime etkisi	“Engelleyici”	“Destekleyici”

Kaynak: Alaa M. Ghalayini, James S. Noble, Thomas J. Crowe; An integrated dynamic performance measurement system for improving manufacturing competitiveness, Int. J. Production Economics 48 207-225 pg.210.

Armstrong ve Baron, 1991 ile 1997 yılları arasında yönelik yaptıkları ve performans alanında zamanla yaşanan anahtar değişimleri özetledikleri çalışmada, performansın ilk olarak ne şekilde tanımlandığı ve günümüzde hangi noktada olduğuna dair kavramsal bir karşılaştırma sunmuşlardır. Görece yakın geçmişimize ve günümüze ışık tutan bu anlayışsal ve pratik değişim Tablo 1.5’te şu şekilde gösterilmiştir (Martinez, 2000:5);

Tablo 1.5: 1991-1997 Yılları Arasında Performans Yönetim Konseptinde Yaşanan Evrim

Önce	Sonra
• Sistem • Öngörü • Çıktılar • Ödüle yönelik • Ortak derecelendirme • Tepeden alta • Yönlendirici • Yekpare (monolitik) • İKY tarafından sahiplenilen • Meslek/kadroya dayalı	• Süreç • Ortak Değerlendirme • Çıktılar/Girdiler • Gelişime yönelik • Daha az derecelendirme • 360 derece geri bildirim • Destekleyici • Esnek • Kullanıcılar tarafından sahiplenilen • Servise dayalı

Kaynak: Dr. Javier Martinez, Assessing quality, outcome and performance management, Workshop on Global Health Workforce Strategy Annecy, France, 9-12 December 2000, pg.5.

Armstrong ve Baron'un çalışmasında gösterdikleri söz konusu kavramsal evrim, performans ölçüm sistemlerinin işletmeler için komplike ve üzerinde önemle durulması gereken bir yönetim konusu haline geldiğini göstermektedir.

1.1.3. Performans Ölçüm Sistemleri

Performans ölçüm sistemleri ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, “bir performans ölçüm sisteminin nasıl olması, nasıl işlemesi, ne tür ölçüler içermesi gerektiği gibi konularda araştırmacıların performans ölçümünün farklı yönlerini ön plana çıkararak, konuya farklı bakış açıları getirdikleri görülmektedir. Örneğin Cross ve Lynch, iyi bir performans ölçüm sisteminden söz edilebilmesi için; faaliyetleri, stratejik hedeflerle ilişkilendirmesi, finansal ve finansal olmayan bilgileri bütünleştirmesi, kayıpları tespit ve elimine etmesi, organizasyon yapısını dikey hiyerarşik bir yapıdan yatay bir yapıya dönüştürmesi, kurumsal öğrenmeyi hızlandırması, iç ve dış değişimlere hızlı cevap verebilmesi gibi yeterliliklere sahip olması gerektiğini belirtmişlerdir” (Dönmez ve Ark., 2013:34). “Cross ve Lynch’in yaklaşımına göre, firmadaki performansın sonuç ve süreçlerini ortaya koyan iki boyut bulunmaktadır. Buna göre organizasyonun “ne elde edeceği” ve “nasıl elde edeceği” sorularına ancak bu şekilde cevap alınabilmektedir” (Elitaş, Ağca, 2006:350).

“Maskell, ise iyi bir ölçüm sisteminin üretim stratejisi ile ilgili olması, finansal olmayan ölçüleri de içermesi, dinamik, basit ve kolay olması, hızlı geri besleme sağlaması, sadece izleme değil aynı zamanda sürekli gelişme aracı olması gerektiğini dile getirmiştir. Diğer yandan, Caplice ve Sheffi, iyi bir ölçüm sisteminin kapsamlı, neden sonuç ilişkisine dayanan, dikey ve yatay bütünleşmiş ve kullanışlı bir yapıda olmasının gerekliliğine değinmiştir. Yine performans ölçüm sistemlerinin dengeli ve dinamik bir yapıda olması, son dönemlerde yayınlanan birçok çalışmada değinilen özelliklerdendir” (Dönmez ve Ark., 2013:34).

Varsayımları iyi anlaşılmış unsurlara dönüştüren ve organizasyonel gelişime giden yolu göstermekte işletmelere yardımcı olan performans ölçüm sistemleri, öğrenen bir kültür yapısı tesis ederek, sosyal etkilerin artışına da önderlik etmektedir (Wolk, Dholakia and Kelley, 2009:2,4). “Organizasyonel etkinliğin ölçülmesinde öncelikle ihtiyaç duyulan süreçlerin başında yer alan performans ölçüm sistemlerinin”

(Karaman, 2009:416) işletmelerde “uygulanmasının temel amacı, bir taraftan şirket bünyesindeki işletmelerin misyonu ve amaçları doğrultusunda hedeflerini belirlemesi ve bu hedeflerin çalışanların katkılarıyla gerçekleşmesinin sağlanması, diğer taraftan da hedeflere ulaşırken çalışanların katılımlarının adil, sistemli ve ölçülebilir bir yöntemle değerlendirilmesi ve motive edici bir çalışma ortamı oluşturarak kişisel gelişimin desteklenmesidir” (Zerenler, 2005:5,6). Burada “dikkat edilmesi gereken temel husus, performans ölçümünün kendi başına etkinliği ve etkililiği sağlamaya yetecek bir araç olarak görülmemesidir. Performans çalışmaları sonucu ortaya konulan veriler, karar süreçlerinde kullanılmadığı sürece, kurumsal performans üzerinde herhangi bir etki yaratılması mümkün olmamaktadır” (Oyman, 2009:12).

Performans ölçüm sistemlerinin en önemli faydalarından biri, daha önce performans ölçümünün amaçlarından söz edilirken belirtildiği gibi, işletme yöneticileriyle çalışanlar arasındaki çift yönlü iletişimi artırması ve bu sayede kişisel gelişimi hızlandırması olarak ifade edilmektedir. Bu yönüyle performans ölçüm sistemleri, kişisel amaçların işletme hedefleri doğrultusunda gerçekleşmesini sağlayan bir belirleme sisteminin yanında, yapılan işlerin daha “iyi” yapılmasını sağlamaya yönelik bir denetim-kontrol sistemi olmaktadır. (Zerenler, 2005:6,7):

Aşağıda, literatürde adı geçen performans ölçüm sistemlerinin bazıları, sistemi ortaya koyan kişi ve yöntemi “performans ölçüm sistemi” olarak ele alan yazarları da belirtilerek Tablo 1.6’da sıralanmış ve kısaca açıklanmıştır.

Tablo 1.6: Literatürde Bahsedilen Performans Ölçüm Sistemleri, Uygulayıcıları ve Literatürdeki Yeri

Yöntem	Yöntemi Ortaya Koyan	Referans
Yatırımın Geri Dönüş Oranı (Return on Investment – ROI)	Du Pont, 1920’ler	Horne ve Wachowicz,1995
Sink ve Tuttle Modeli	Sink ve Tuttle, 1989	Folan ve Browne, 2005 Tangen, 2004
Marka Değerleme (Brand Valuation)		Cravens ve Guilding,1999
Müşteri Değer Analizi (Customer Value Analysis)		Gale, 1999
Paydaş Değer Analizi (Shareholder Value Analysis-SVA)	Rappaport, 1997	Rappaport, 1997
Faaliyet Tabanlı Maliyetlendirme (Activity Based Costing)	Johnson ve Kaplan, 1987	Gupta ve Galloway, 2003

Ekonomik Katma Değer (Economic Value Added)	Stern Steward&Co	Pettit, 2000
Performans Piramidi (Performance Pyramid)	Judson,1990; Lynch ve Cross, 1991	Folan ve Browne,2005
Performans Prizması (Performance Prism)	Kennerly ve Neely, 2000	Folan ve Browne, 2005 Bourne v.d., 2003
Kurumsal Karne (Balanced Scorecard)	Kaplan ve Norton, 1992	Tangen, 2004
Mükemmellik Modeli (EFQM)	Avrupa Kalite Derneği, 1992	Folan ve Browne,2005
Performans Ölçüm Matrisi (Performance Measurement Matrix)	Keegan v.d., 1989	Medori ve Steple, 2000 Folan ve Browne,2005
Performans Ölçüm Anketi (Performance Measurement Questionnaire)	Dixon v.d., 1990	Medori ve Steple, 2000 Bititci v.d., 2000
Dünya Çapında Üretim İçin Performans Ölçümü (Performance Measurement for World Class Manufacturing)	Maskell, 1991	Medori ve Steple, 2000
Dinamik Performans Yönetim Sistemi (Dynamic Performance Management Systems)	Bititci, 2000	Bititci, 2000
Bütünleştirilmiş Performans Yönetim Sistemi (Integrated Performance Management System)	Bititci, 1994	Bititci v.d., 2000
Medori ve Steple Yapısı	Medori ve Steple,2000	Tangen, 2004

Kaynak: Yüreğir Oya H., Nakıboğlu Gülsün; Performans Ölçümü ve Ölçüm Sistemleri: Genel Bir Bakış, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 16, Sayı 2, 2007, s.545-562.

Yatırımın Geri Dönüş Oranı (Return on Investment-ROI): Kısaca ROI olarak adlandırılan Yatırımın Geri Dönüş Oranı, Bir yatırımın etkililiğini değerlendiren veya birkaç farklı yatırım arasında kıyaslama yapmaya dayalı bir performans ölçüm sistemidir. ROI'nin hesaplanması yatırımdan elde edilen karın yatırım maliyetlerine bölünmesi yoluyla yapılmaktadır. Formülü şu şekilde ifade edilmektedir (Botchkarev, Andru, 2011:246);

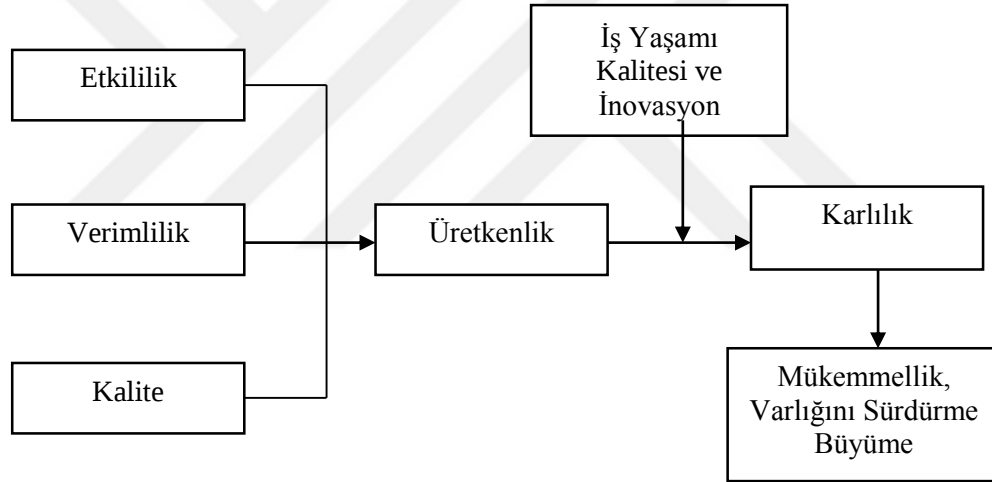
$$ROI: \frac{\text{Yatırımdan kazanılanlar}-\text{Yatırımın Maliyeti}}{\text{Yatırımın Maliyeti}}$$

Örneğin bir projede uygulama olarak 50000 lira harcanmış ve 25000 lira net kar elde edilmişse, yatırımın geri dönüş oranı %50 olarak gerçekleşecektir. Yatırımın geri dönüş oranının maliyet ve kazanç odaklı bu yaklaşımı, çok bir seçkin bir projeyi

bile maliyetlerin çok yüksek çıkması halinde tartışmalı veya başarısızlığa mahkum bir şekilde gösterebilmektedir. (<https://www.fgdc.gov/>).

Sink ve Tuttle Modeli: Bu modelde girdi, süreç ve çıktı arasındaki ilişkilerde verimlilik ve kaliteye vurgu yapılmak üzere yedi tip performans kriteri olduğu vurgulanmaktadır. Bunlar etkenlik, verimlilik, kalite, üretkenlik, İş yaşamı kalitesi yenilik ve karlılık gibi kriterlerden oluşmaktadır” (Çınaroğlu, 2012:129). Bu kriterler arasındaki karmaşık ilişkiler ağı Şekil 1.2’de şu şekilde ifade edilmiştir (Suwansaranyu, Phusavat, 2002:55);

Şekil 1.2: Yedi Performans Kriteri Arasındaki İlişkiler



Kaynak: Suwansaranyu, Phusavat, Understanding of Performance Measurement from the Organization’s Perspective, Proceedings of Symposium in Production and Quality Engineering Kasetsart University, 4-5 June, 2002, pp.51-57 pg.57.

Bu kriterlerden;

Etkenlik: “doğru şeyi, doğru zamanda ve doğru kalite” ifade etmektedir. Hesaplanan/beklenen çıktıyla gerçekleşen değer arasındaki orana karşılık gelmektedir.

Verimlilik: Basitçe “doğru şeyi yapmaktır”. Kaynakların beklenen harcanma miktarı ile hesaplanan/beklenen tüketilme miktarı arasındaki oran olarak tanımlanmaktadır.

Kalite: Kalite çok geniş bir konsepttir. Sadeleştirip somutlaştırmak gerekmektedir. Altı kontrol noktası mevcuttur.

Üretkenlik: Basit anlamda girdi ve çıktı oranı demektir.

İş yaşam kalitesi: Sistemin güzel bir performans sağlaması için esas katılımın olmasıdır.

Yenilik: Performansın gelişmesi ve desteklenmesi için kilit bir noktadır.

Karlılık: Her bir organizasyon için en temel hedefi oluşturmaktadır. (F.Coşkun, 2008:76).

Marka Değerleme: Kapfferer’e göre “marka değerlendirme yöntemi, marka ve tüketici arasında bir çeşit sözlü kontrat anlamına gelmektedir. Yöntemde, markanın yaratmış olduğu değer, tüketicilerde ürünü ve hizmeti satın alma riskini azaltma yönünde işlediği vurgulanmaktadır. Böylelikle, müşterinin markaya yönelik inancının yüksekliği, markanın satın alınabilirliğinin bir çeşit garantisi anlamındadır ve bu yolla performans ile de bir ilişki kurulmaktadır” (Yılmaz, Güzel, 2012:144,145).

Müşteri Değer Analizi: İşletmelerin uzun dönemde sadık ve karlı müşterilerden oluşan bir portföye sahip olmak amacıyla yaptıkları çalışmalardır. “Müşteri değer analizi, “hangi tip kalite?”, “hangi düzeyde kalite?”, “ne kadar fiyata karşılık?” ve “hangi rakibe kıyasla?” sorularına cevap veren bir yöntemdir. Müşteri Değer Analizi, bir firmanın rakiplerine kıyasla kendi ürün ve hizmetlerine olan pazar değerlendirmelerini nasıl güvenilir şekilde izleyebileceklerine dair ve daha yüksek kârı sağlamak için stratejik yönetim geliştirmeye yönelik bir dizi araç ve süreçten oluşmaktadır” (Yüreğir, Nakıboğlu, 2007:551).

Paydaş Değer Analizi: “Paydaşlar, kuruluşun ürün ve hizmetleri ile ilgisi olan, kuruluştan doğrudan veya dolaylı, olumlu ya da olumsuz yönde etkilenen veya kuruluşu etkileyen kişi, grup veya kurumlardır” (Demir, Yılmaz, 2010:76). Paydaş analizi, kuruluşu etkileyen kişi, grup veya kurumların fikirlerini öğrenmek ve sonuçta bir “bileşke fikre” ulaşmak için yapılmaktadır. Bu doğrultuda, bir faaliyette veya projede aşağıdaki adımların izlenmesi gerekmektedir (Yüreğir, Nakıboğlu, 2007:551,552):

“1. Aşama: İlgili tüm paydaşların belirlenmesi: Faaliyetten etkilenecek kişiler, faaliyet üzerinde etkisi veya gücü olan kişiler, olumlu veya olumsuz sonuçla ilgilenecek kişiler vb. paydaş olarak ele alınmaktadır. Paydaşlar kişi veya organizasyon olabilmektedir.

2. Aşama: Paydaşların sınıflandırılması: Bazı paydaşlar ne yapıldığı ile ilgilenmezken, bazıları engelleme gücüne bile sahip olabilmektedir. Bu kişilerin ilgilerine ve güçlerine göre sınıflandırılması gerekmektedir.

3. Aşama: Seçilen paydaşların ayrıntılı analizi: Anahtar paydaşların belirlenmesi önemlidir. “Kişilerin iş hakkındaki duygusu nedir?”, “onları en çok motive eden şey nedir?”, “hangi bilgileri edinmek istiyorlar?”, “faaliyet üzerindeki etkileri nedir?” gibi sorular cevaplanmakta ve bu kişiler ile nasıl iletişim kurulabileceği kararlaştırılmaktadır.”

Faaliyet Tabanlı Maliyetlendirme (Activity-Based Costing-ABC): “FTM sistemi, maliyet unsurlarından genel üretim giderlerinin, üretim ve işletme süreçlerinin yerine getirilmesi için yapılması zorunlu faaliyetlerden kaynaklanan giderler olduğu fikrine dayanmaktadır” (Unutkan, 2010:89). “Sistemde, temel olarak iki aşamadan söz edilmektedir. Birinci aşamada, öncelikle işletme kaynaklarının, işletmenin üretim sürecinde karşılaştığı faaliyetler tarafından tüketilmesi belirlenmektedir. İkinci aşamada ise, faaliyetler tarafından tüketilen maliyetler ile üretilen mamul ya da hizmetler arasında ilişki kurulmaktadır. Bunun için öncelikle, işletmenin üretim sürecinde gerçekleştirdiği üretim faaliyetleri en uygun şekilde belirlenmekte, benzer faaliyetler faaliyet havuzlarında toplanmakta ve faaliyet havuzlarının maliyetleri belirlenmektedir. Daha sonra ise, faaliyet havuzlarında biriken maliyetler mamul ya da hizmet ile ilişkilendirilmektedir” (Bengü, Arslan, 2009:58).

Değer Zinciri Analizi: “Değer zinciri analizi, bir işletmenin sunduğu hizmet veya ürünlere yönelik olarak belirli bir sırayla uyguladığı operasyonları bir değer zinciri olarak gören ve işletmenin bu operasyonlara değer zinciri sayesinde anlam kattığını kabul eden işletme felsefesi çerçevesinde zincirdeki güçlü ve zayıf yönleri ile sistematik olarak belirleyen, tanımlayan ve değerlendiren bir analiz yöntemidir. Değer zinciri analizinde amaç, maliyetleri en az düzeye, değer sunumunu en yüksek düzeye

yükseltebilmektedir” (Özgür, Aktürk, 2012:3,4).İşletme bir değer yaratıyorsa bu, çevresel bağlılık zinciriyle ortaya çıkmaktadır (Bekçi, Özal, 2010:85) “Değer zinciri analizi, işletmenin tedarikçileri, müşterileri ve endüstrideki diğer işletmelerle olan ilişkilerini açıklayarak rekabetçi durumunu görmesini sağlamaktadır. Kısaca, değer zinciri analizi, işletmenin faaliyetlerinin ve iş süreçlerinin analiz edilerek bunlar arasındaki uyumluluğun ve sinerjinin ortaya konulmasıdır” (Kuyucak, Şengür, 2009:134).

Ekonomik Katma Değer (Economic Value Added-EVA): “EVA, yatırımdan elde edilen kazancın, sermaye maliyetini aşan kısmını hesaplayarak, işletmenin yatırımlarından bir katma değer yaratıp yaratmadığını ölçmektedir. Bu yöntem, bir işletmenin toplam sermaye getirisi ile toplam sermaye maliyeti arasındaki farkı incelemektedir” (Akyüz 2013:343). “Toplam sermaye getirisi ile toplam sermaye maliyeti arasındaki fark pozitif ise (Pozitif EVA), paydaş için değer yaratıldığını; negatif ise, değer kaybına uğranıldığını göstermektedir. Otley’a göre EVA, finansal performansın bütünsel ölçütüdür. EVA hem özellikli bir performans ölçütü, hem de daha geniş performans ölçüm yapısının temelini oluşturmaktadır. Stewhart’a göre EVA, paydaş değerinin yaratılmasıyla en fazla doğrudan ilgili finansal performans ölçütüdür. Stewhart, bu performans ölçütünün, yöneticileri daha uzun dönemlik planlama dönemlerini ele almaya zorlaması ve yöneticilere paydaş değerinin nasıl artırılacağı hakkında açıkça görülen işaretler sunması sebepleri ile diğer ölçütlere kıyasla daha üstün olduğunu söylemiştir” (Yüreğir, Nakıboğlu, 2007:553).

Performans Piramidi: “Lynch-Cross tarafından geliştirilen piramit yaklaşımı; şirket, işletme, operasyon sistemi ve iş birimi düzeylerindeki genel göstergeleri tanımlamaktadır. Yaklaşımına göre, firmadaki performansın sonuç ve süreçlerini ortaya koyan iki boyutu bulunmaktadır. Buna göre organizasyonun “ne elde edeceği” ve “nasıl elde edeceği” sorularına cevap alınabilmektedir” (Elitaş, Ağca, 2006:351).Performans piramidi, firmanın sadece finansal performansına odaklanmamakta, bunun yanı sıra örgüt paydaşlarının memnuniyeti ve operasyonların etkinliği gibi finansal olmayan performans boyutlarını da dikkate almaktadır. “Performans piramidi hiyerarşik bir yapıyı yatay ve süreç odaklı bir yapıyla

birleştirmektedir. İçsel tarafların ilgilendiği verimlilik, üretim hızı gibi ölçütler ile dışsal tarafların ilgilendiği müşteri memnuniyeti, kalite gibi ölçütler arasında ayırım yapması da önemli bir farklılık olarak görülmektedir” (Özgür, Aktürk, 2012:10).

Performans Prizması: “Performans prizması yöntemi, müşteriler ve sermayedarlar gibi diğer yöntemler tarafından önem verilen paydaşların yanı sıra çalışanlar, tedarikçiler, kamu gibi diğer paydaşlara da önem vermektedir. Bu model diğer modellerden farklı olarak en üst seviye önceliği, örgüt stratejisine değil örgüt paydaşlarına vermektedir ve stratejileri bu düşünceden hareketle düzenlenmektedir. Stratejiler çerçevesince ürün ve hizmet geliştirme, talep oluşturma, talebi karşılama, kurumu planlama ve yönetme gibi süreçlere geçilmektedir. Yöntemin diğer yöntemlere kıyasla avantajı, organizasyondaki tüm paydaşlara uygulanabiliyor olmasıdır. Yöntem bunu, hem paydaşların ihtiyaçlarını hem de işletmenin bunu gerçekleştirmek için gerekli olan ihtiyaçlarını göz önüne alarak yapmaktadır. Yöntemin en önemli getirisi, ölçüt seçim süreci başlamadan önce işletmenin mevcut stratejisini sorgulamasıdır. Böylelikle yapı, performans ölçümünün sağlam temeller üzerinde yükselmesini sağlamaktadır” (Özgür, Aktürk, 2012:7,8).

Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard): “Kaplan ve Norton’un ifadesiyle Dengeli Ölçüm Kartı, “uzun dönemli rekabet ortamında örgütün müşteri odaklılığı, ihtiyaçları daha kısa sürede karşılama, kaliteyi geliştirme, takım çalışmasını teşvik etme, daha kısa sürede piyasaya yeni ürün sürme ve etkin yönetim gibi farklı unsurları bir araya getiren bir modeldir. Dengeli Ölçüm Kartı, işletmelerin sahip oldukları geçmiş verilere dayanan finansal değerlerin yanında; geleceğe yönelik olarak müşteri memnuniyeti çerçevesinde müşteri odaklılığı, müşteriler ve hissedarların beklentileri çerçevesinde şirket içi faaliyetlerin geliştirilmesi ve mükemmelleştirilmesi, değişime ayak uydurabilmek amacıyla insan, sistem, şirket içi yöntemler çerçevesinde öğrenme ve gelişme gibi fiziksel olmayan boyutlar (değerleri) esas alan; belirli göstergelerle bu boyutları ölçen; boyutlar arasındaki dengenin ve entegrasyonun sağlanması için stratejik geribildirim sağlayan; veriden stratejiye ulaşmayı ve stratejiyi uygulanır kılmayı amaçlayan dinamik bir performans ölçüm sistemi ya da yönetim sistemidir” (Ağca ve Tunçer; 2006:181)

Finansal, Müşteri, Şirket içi eylemler, Öğrenme ve Geliştirme olmak üzere 4 boyutu bulunmaktadır ve çalışmanın sonraki bölümlerinde ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

Mükemmellik Modeli: “Mükemmellik modelinin temelini, toplam kalite yönetiminin prensipleri oluşturmaktadır. EFQM mükemmellik modeli beşi girdi, dördü sonuç olmak üzere toplam dokuz ana kriter ve otuz iki alt kriter üzerine kurulmuştur. Girdi kriterleri bir organizasyonun yaptığı faaliyetleri içerirken, sonuç kriterleri o organizasyonun neleri gerçekleştirdiğini göstermektedir. Liderlik, çalışanlar, politika ve strateji, işbirlikleri ve kaynaklar ile süreçler modelin girdi kriterlerini oluştururken çalışanlarla ilgili sonuçlar, müşterilerle ilgili sonuçlar, toplumla ilgili sonuçlar ve performans sonuçları çıktı kriterlerini oluşturmaktadır. Bu süreç içerisinde sonuçlar girdilerden kaynaklanır ve tekrar girdilere kaynak olurlar. Ürettiği mal ya da hizmet ne olursa olsun, her organizasyon, müşterilerinin ve diğer paydaşlarının beklentilerini karşılamak ve hatta geçmek zorundadır. Yapılan tüm araştırmalar, bunu başaran organizasyonların istedikleri sonuçlara ulaşabildiklerini ve yoğun rekabet ortamında varlıklarını sürdürebildiklerini göstermektedir. Mükemmellik modeli de bu amaca hizmet eden bir yöntemdir” (Özgür, Aktürk, 2012:11).

“İşletmelerde sürdürülebilir büyümeyi sağlamak, tutarlı ve objektif bir performans ölçme sisteminin varlığına bağlıdır. Bu özelliklere sahip bir performans ölçme sisteminin, görevlerin ne derece yerine getirildiği ve amaçların ne ölçüde gerçekleştiği konusunda yönetime bir bakış açısı sunması gereklidir” (Karaman, 2009:417). Bu beklentileri yerine getirme amacıyla ifade edilen kavrama ise performans yönetimi denilmektedir.

1.1.4. Performans Yönetimi

“Performans yönetimi işletmeleri istenen amaçlara yöneltmek için mevcut ve gelecek durumları ile ilgili bilgi toplama, karşılaştırma, sürekli gelişimi sağlayacak gerekli etkinlikleri başlatma ve sürdürme görevlerini sağlayan bir yönetim sürecidir.” İşleri planlama ve beklentileri ayarlamayı, sürekli olarak performansı izlemeyi, kapasiteyi geliştirmeyi, performansı periyodik olarak değerlendirmeyi, iyi performansı ödüllendirmeyi içermektedir (Harmankaya, 2010:25). Armstrong ve Baron performans

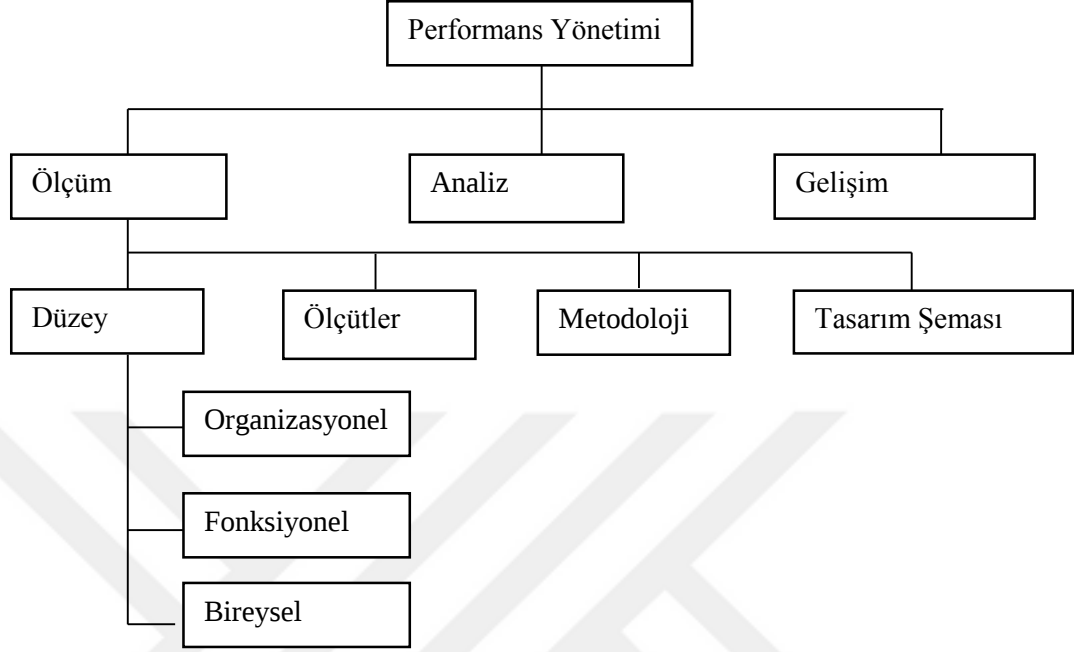
yönetimini, performans yönetim sistemlerinin karakteristikleri üzerinden tanımlama yoluna gitmişlerdir (Martinez, 2000:4).Buna göre Performans Yönetiminin mükemmel bir şekilde işlemesi için gerekli olan karakteristik özellikleri şu şekilde ifade edilebilmektedir (Aguinis, 2005:14,15,16);

- Stratejik uyum; bireysel hedeflerle birim ve örgüt hedeflerinin uyum içinde olması gerekmektedir.
- Bütünlük; Yöneticiler dahil tüm çalışanların performansının değerlendirilmesi, Tüm ana iş grubu sorumluluklarının değerlendirmeye tabi tutulması, Değerlendirmelerin tüm inceleme periyotlarına yayılması ve son olarak, geri dönüşümlerin performansın olumlu yönlerine dönük olması gerekmektedir.
- Pratiklik; İyi sistemler uygun ve kullanım kolaylığına sahiptir (Örneğin, kullanıcı dostu bilgi sistemleri).
- Anlamlılık; Her iş fonksiyonu için yapılan standartlar ve değerlendirmeler önemli ve ilgili kabul edilmelidir. Performans değerlendirmede sadece çalışanın kontrolü altındaki görevleri vurgulamak gerekmektedir. Değerlendirmeler düzenli aralıklarla ve uygun zamanlarda yapılmalıdır. Sistem, değerlendirmeleri yapanların sürekli beceriler geliştirilmesini sağlamalıdır. Sonuçlar önemli personel kararları için kullanılmalıdır.
- Özgünlük; İyi bir sistem özgün olmalı ve detay vermelidir, kendilerinden beklenen ile bu beklentileri nasıl karşılayacakları konusunda çalışanlara somut rehberlik etmelidir.
- Etkili ve etkisiz performans arasındaki ayrımın belirlenmesi; Sistem etkili ve etkisiz davranışlar ve sonuçlar arasında ayrım için izin vermelidir.
- Güvenilirlik: İki yöneticinin aynı kişinin değerlendirmesini yaparken ortaya benzer sonuçların çıkması gerekir .
- Geçerlilik; Ölçümler Konuyla ilgili olmalı (tüm kritik performans yönleriyle dahil), eksik olmamalıdır (yani, herhangi bir önemli yönlerini kapsam dışında tutmamalıdır), çalışanın kontrolü dışında faktörleri içermemelidir.
- Kabul edilebilir ve adil olmalıdır.
- Kapsayıcılık.

- Açıklık; Sistemin gizliliği olmamalıdır. Düzenli aralıklar ve sürekli bir değerlendirme söz konusu olmalıdır. Değerlendirmeler, iki yönlü bir iletişim sürecinden oluşmalıdır, bilgi alışverişi tek yönlü olmamalıdır. Standartlar net, anlaşılır olmalı ve sürekli açık, dürüst ve gerçeklere dayalı bir iletişim söz konusu olmalıdır.
- Düzeltilebilirlik; Sistem hata ve yanlışlar karşısında düzeltilebilir bir niteliğe sahip olmalıdır.
- Standardizasyon; Performans insanlar ve zaman açısından tutarlı bir şekilde değerlendirilmelidir.
- Ahlakilik; Sistem etik standartlara riayet etmelidir.

Performans yönetiminde üç ana eylem bulunmaktadır. Bunlar ölçüm analiz ve iyileştirmedir. Ölçümlerden elde edilen veriler daha sonra analiz safhasında girdi olarak kullanılmaktadır. İşletme bu aşamada, elde edilen performans, beklenen ve hedef değerlerle kıyaslamakta, daha sonra potansiyel problemleri ve bu problemlere neden olan unsurları belirlemektedir. Analizler sonrası alınan kararlar eyleme dönüşmekte ve bazı durumlarda iyileştirmeye yönelik müdahaleler yapılmaktadır. İyileştirme aşamasındaki eylemlerden sonra döngü, ölçüm aşamasından tekrar başlamaktadır. Ölçüm alanında araştırmacıların ilgisini çeken birçok farklı açı bulunmaktadır. Bunlar 1) uygulama aşaması, 2) ölçüm kriteri, 3) tasarım ve geliştirme metodolojisi ve 4) tasarım düşüncesidir. Genellikle performans yönetimine ilişkin stratejiler, organizasyonel aşamada misyon, politika ve amaçlarla bağlantılı olarak ölçümleri belirleme ve bir araya toplamakla başlamaktadır. Sonrasında organizasyonel ölçümler, organizasyonel kriterlere ve amaçlara göre gruplandırılır ve benzerleri ileriki aşama olan fonksiyonel (birim, departman ve bölüm ve benzerleri) aşamada da temel alınmaktadır. Bireysel aşamada performans ölçümünün, kariyer planı ve gelişimi, iş değerlendirmesi, terfi ve işten çıkarma, eğitim ihtiyacını belirleme ve bunun gibi faaliyetlerle ilintili olmasına dikkat etmek gerekmektedir. Sonuç olarak bireysel aşamadaki performans ölçülerinin gelişimi ayrı bir konu olarak değerlendirilmelidir. Şekil 1.3 performans ölçümünün uygulanış aşamalarını sergilemektedir (Suwansaranyu, Phusavat, 2002:52,53).

Şekil 1.3: Performans Yönetimine Genele Bakış



Kaynak: Udomsak Suwansaranyu, Kongkiti Phusavat, Proceedings of Symposium in Production and Quality Engineering Kasetsart University, 4-5 June, 2002, pg.52.

“Kapsamlı bir performans yönetim sürecinin oluşturulması performansın tanımlanmasını bir diğer ifade ile programların amaçlarının netleştirilmesini, girdiler, süreçler ve sonuçlar arasındaki ilişkinin ortaya konulmasını, performansın ne şekilde ölçüleceğinin net bir şekilde belirlenmesini, performans ölçüm sisteminin dizaynına ilişkin teknik sorunların aşılmasını, gerçekleşmesini ve planlanan performans ile ilgili bilginin düzenli bir şekilde sunulmasını ve performans bilgisinin stratejik kararlarda kullanılmaya elverişli bir yapıda oluşturulmasını gerektirmektedir” (Oyman, 2009:25). Ölçümlerin stratejik kararlarda kullanılması, stratejik yönetim ve performans yönetimi arasındaki ilişkinin en önemli sacayaklarından birini oluşturmaktadır.

1.1.5. Stratejik Yönetim ve Performans Yönetimi İlişkisi

Stratejik yönetim, performans bakış açısıyla, bir firmada sürekli olarak yüksek performans elde etmek için organizasyon tarafından yaratılan ve uygulanan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bir başka bakış açısıyla, hedeflenen firma

performansına ulaşmak için yapılan genel işletme planlarının tutarlı bir şekilde uygulanması olarak görülmektedir. Bu ilişkiye göre strateji ve işletme performansı birbirinden ayrılmayan ve birbirlerini destekleyen, tamamlayan unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Ocak, 2011:96). Performans yönetimi ise, kurumun veya kurum çalışanlarının performansının sadece ölçülmesi odaklı olarak değil, yönetim sürecinin birbirinden farklı safhalarıyla beraber yönetilmesi olarak görülebilmektedir (Ateş, 2007:3).

Performans yönetimini oluşturan farklı safhalardaki ölçütler neyi, nasıl ve neye değiştirme konusunda karar verilmesine yardımcı olması bakımından strateji geliştirmeye direkt katkıda bulunmaktadır ve performans sonuçları yöneticiler tarafından stratejik bir bilgi olarak kullanılmaktadır. Böylece yöneticiler, geliştirdikleri stratejilerin sonuçlarını da değerlendirme olanağına kavuşmaktadırlar. “Performans ölçüleri işletme stratejisini yaymak için oluşturulmalı ve bireysel ve örgütsel öncelikleri sistematik bir düzene getirmeye yardımcı olmalıdır. Bu nedenledir ki, performans ölçüleri, işletmenin stratejisi ile uyumlu ve bağlantılı olmalıdır” (Ocak, 2011:98,99).

Sağlık bakım endüstrisi özelinde de Stratejik Yönetim ve Performans Yönetim arasındaki ilişkiyi doğrulayan pozitif bulgulara ulaşılmıştır. Örneğin, Wells ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada taşra hastane yöneticilerinin strateji geliştirme ile hastanenin kar marjında artışlar görüldüğü, stratejilerinde başarılı olan taşra hastanelerinin maliyet kontrolünde stratejilerinde başarısız olan hastanelere göre daha iyi olduğu, hastanelerin stratejik prosesleri ile örgütsel performansın ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Ocak, 2011:99). Bu ilişki bir performans ölçüm sistemi olarak ortaya çıkıp zamanla stratejik yönetim modeline evrilen Dengeli Ölçüm Kartı ile Stratejik Yönetim arasındaki ilişkiyi anlamamız için de önem arz etmektedir.

1.1.6. Stratejik Yönetim Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) İlişkisi

Günümüzde, rekabet performans ölçüm sistemlerini gerekli kılmaktadır. Dengeli Ölçüm Kartı gibi son model, modern ihtiyaçlara yanıt veren dengeli yapısıyla

stratejilerin ölçülmesine ve gerektiğinde müdahale edilebilmesine olanak tanıyan performans yönetim sistemleri de kurumsal yapılarda bir zorunluluk halini almaktadır.

Dengeli Ölçüm Kartı, “organizasyonların stratejilerini anlaşılır, aktarılır ve gerçekleştirilir terimlere çevirmeye yarayan bir tekniktir. Dengeli Ölçüm Kartı, kalite, müşteri memnuniyeti ve büyüme gibi stratejik kavramların anlamını daha açık bir şekilde tanımlamak için ölçüm dilini kullanmaktadır. Dengeli Ölçüm Kartı, geliştirilen stratejiyi tam olarak tanımladığında yönetim sisteminin çerçevesini organize edecek şekilde hizmet sunmaktadır. Stratejiyi yönetim sürecinin merkezine koyan Dengeli Ölçüm Kartı, böylelikle yeni bir stratejik yönetim sisteminin operasyon sistemi halini almaktadır” (Dinçer,2009:29,30).

Dengeli Ölçüm Kartı’nın içeriğini, boyutlarını, stratejik ölçümlere yönelik ne gibi bir yeni yaklaşım getirdiğini incelemek, Dengeli Ölçüm Kartı ile Stratejik yönetim arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmemizde yardımcı olmaktadır.

1.2. Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) Tanımı ve Özellikleri

“Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard), 1990 yılında Nolan Norton Institute’in sponsorluğunda gerçekleştirilen, bir yıl süren ve birçok şirketi kapsayan ‘Measuring Performance in the Organization of Future’ (Geleceğin Organizasyonlarında Performans Ölçümü) adlı araştırmaya dayanmaktadır. Çalışmanın temelinde, ağırlıklı olarak finansal muhasebe ölçümlerine dayanan performans ölçüm yöntemlerinin eskidiği ve geçerliliğini yitirdiği fikri yatmaktadır. Araştırmaya katılanlar, özet finansal ölçülere ağırlık verilmesinin, organizasyonların gelecekteki ekonomik değerleri yaratmasını engellediğine inanmaktadır. Araştırma boyunca üretim, hizmet, ağır sanayi ve ileri teknoloji gibi farklı alanlarda faaliyet göstermekte olan bir düzine şirketin temsilcisi bir yıl süresince ayda bir kez toplanarak yeni bir performans ölçüm yöntemi geliştirmek için çalışmıştır” (Kaplan, Norton, 2009).

“1992’den itibaren konu ile ilgili araştırmalarını sürdüren Kaplan ve Norton başlangıçta bir performans ölçme ve değerlendirme yöntemi olarak başlattıkları çalışmaları daha sonraları stratejik yönetim modeli odaklı bir çerçeveye

dönüştürmüşlerdir. 2001 yılındaki yayınları ile Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) yönteminin aslında “stratejik yönetim modeli” olarak tanımlanması gerektiğini ifade etmeye başlamışlardır. Bu bağlamda işletmelerin nasıl strateji odaklı işletmeler olabileceklerini beş temel ilke ile (stratejiyi operasyonel terimlere dönüştürmek, stratejiyi tüm çalışanlara yaymak, stratejiyi herkesin günlük işi haline getirmek, stratejiyi sürekli bir sürece çevirmek ve değişimi yönetmek) açıklamışlardır” (Güner,2008:250). Dengeli Ölçüm Kartı, böylelikle örgütün misyon ve stratejilerini kapsamlı performans ölçütlerine dönüştüren temel prensipler ve bir yapı olarak bir stratejik yönetim sistemine evrilmiştir (Walker, Dunn, 2006:89,90).

Günümüzde birçok işletme şirket performansını sadece finansal boyutu ile değerlemektedir. Oysa, finansal ölçümler temelde geçmiş ölçmeye yönelik olduğundan bir işletmenin hayati performans faktörleri arasındaki bağlantıyı açıklamaktan uzaktır. Dengeli Ölçüm Kartı ise, “sadece finansal boyutu değil, aynı zamanda önceleri fazla değerli bulunmayan ve ölçülemez kabul edilen maddi olmayan faktörleri de dikkate almaktadır. Bu anlamda Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard); işletmenin performans ölçüm sistemine bir yenilik getirmekte ve bir organizasyonda çeşitli stratejik ölçümler arasındaki uyumun sağlanmasına yardımcı olmaktadır” (Ölçer, Özbirecikli, 2002:33).

Dengeli Ölçüm Kartı, “organizasyonun vizyonu ve stratejilerine yönelik hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflere uygun performans göstergelerinin/ölçülerinin dengeli bir şekilde oluşturulmasını, performansın değerlendirilmesini ve böylelikle organizasyonun uzun ve kısa vadeli stratejik amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayan sistematik bir işleve sahiptir” (Çakmak, 2005:263). Dengeli Ölçüm Kartı’nda (Balanced Scorecard) yer alan hedef ve ölçüler, tek bir işleve hizmet etmek amacıyla bir araya toplanmış finansal ve finansal olmayan bir dizi ölçüden ibaret değildir. Bu hedef ve ölçüler, şirketin veya departmanın misyon ve stratejisinin detaylı bir şekilde incelenmesi sonucunda elde edilmiştir (Kaplan, Norton, 2009:11-12). İyi hazırlanmış bir Dengeli Ölçüm Kartı, örgüt vizyonunu yansıtırken, vizyonun iletilmesini ve daha iyi anlaşılmasını sağlamakta ve örgütün sağlıklı işleyip işlemediği hakkında çabuk ve kapsamlı bir sunum ortaya koymaktadır (Self, Tolson; 2008).

Ghalayini ve Noble’ye göre Dengeli Ölçüm Kartı “iki temel avantaja sahiptir. Bunlardan birincisi birçok farklı raporla elde edilecek bilgileri bir yönetim raporunda

toplamasıdır. İkincisi yöneticileri tüm performans değerlerini ölçmeye zorlayarak işletmede bölümleşmeyi engellemesidir. Buna benzer bir yaklaşımda Lopes, Dengeli Ölçüm Kartı'nın geniş kapsamlılığına vurgu yaparak, finansal ölçütleri tamamlayan, işletmenin geleceği hakkında bilgi veren ölçütlerin kullanılmasıyla Dengeli Ölçüm Kartı'nın işletmelerin çeşitli alanlardaki performansını aynı anda değerlendirmeye olanak vermesinin yöntemin önemli bir avantajı olduğunu ifade etmektedir. Ho ve McKay, Dengeli Ölçüm Kartı yönteminin geçmiş faaliyetler hakkında bilgi vermenin yanında işletmenin gelecekte nereye doğru yol aldığını da göstermesinin önemli bir üstünlük olduğunu açıklamışlardır” (Güner, 2008:252).

Dengeli Ölçüm Kartı'nın performans yönetimine getirdiği yeni anlayış ve ölçümleme mekanizması Geleneksel Maliyet muhasebesin uygulamalarının kısıtlılıkları ve dezavantajları göz önünde bulundurulduğunda çok daha iyi anlaşılmaktadır. Zira geleneksel yönetim sistemleri uygulamalarında “stratejinin belirlenmesi, uygulanması ve ölçülmesi arasında bağlantı kopuklukları söz konusudur. Bu kopukların başlıca nedenleri; kesin ve net olarak belirlenmiş stratejik vizyona rağmen örgütün harekete geçememesi, stratejik planların bölüm ve bireylerin işlemsel hedefleriyle bütünleşememesi, kullanılan stratejik ölçüm sistemlerinin işletmelerin stratejik hedeflerine ne kadar ulaştıklarını gösterememesi ve hatalardan ders alınamaması gibi yetersizliklerden oluşmaktadır. Bunların sonucunda; eyleme dönüştürülemeyen vizyon ve stratejiler oluşturulması döngüsü devam etmekte, stratejilerin gerçekleştirilmesine ilişkin bölüm ve birey inançları zayıflamakta, uzun ve kısa dönemli kaynak düzenleme dengeleri bozulmakta ve çevresel koşulların yeterince analiz edilmemesi ile geri bildirim sorunları yaşanmaktadır” (Ecevit, İşçi, 2007:121). Geleneksel performans ölçüm sistemlerinin bir diğer dezavantajlı yönü de belirli faaliyetlerin çalışanlar tarafından kazanılmasının istenmesi, sonrasında bu faaliyetlerin gerçekten kazanılıp kazanılmadığının ölçülmesidir. Bu şekildeki sistemler davranışları kontrol etmeye çalışmaktadır. Dengeli Ölçüm Kartı ise kontrolü değil, vizyonu ve stratejiyi merkeze koyarak amaç ve hedefleri belirlemektedir. Çalışanların bu hedeflere ulaşmak için gerekli davranış ve faaliyetleri kabul edip uygulayacağını farz etmektedir. Amaç ve ölçütler ise insanları vizyona çekmek için tasarlanmaktadır (Harmankaya, 2010:34).

Böylelikle, Dengeli Ölçüm Kartı “geleneksel performans yöntemlerine nazaran daha güvenilir bilgiler sağlayarak, ortaya çıkması muhtemel problemler hakkında önceden bilgi verip kalite ile ilgili ölçülerle sayısal ölçüleri birbirine bağlamakta, sonuçlar birbiri ile çakıştığında veya çeliştiğinde geniş bir bakış açısı sağlayarak işletmenin mevcut durumu ve gelecekteki başarısı hakkında fikir veren ölçütleri aynı anda değerlendirmeye imkan tanımaktadır” (Güner, 2008:253).

1.2.1. Stratejinin Ölçülmesi ve Dengeli Ölçüm Kartı’nın (Balanced Scorecard) Boyutları

Dengeli Ölçüm Kartı, “bir strateji belirleme aracı olmaktan çok, stratejiyi yerleştirme ve uygulama mekanizmasıdır...Dengeli Ölçüm Kartı’nı yeni bir stratejik yönetim sisteminin odak noktası olarak kullanacak şirketler, iki önemli görevi yerine getirmek zorundadırlar. Bunlardan birincisi Dengeli Ölçüm Kartı’nın oluşturulması, ikincisi ise kullanılmasıdır” (Kaplan ve Norton, 2009:48,55).

Dengeli Ölçüm Kartı’nın oluşturulma aşamasında, “bir işletmenin pazarda rekabet edebilme gündeminden oldukça farklı olarak pek çok unsurun bir araya getirilmeye çalışılması söz konusudur. Bu unsurlar; müşteri odaklı olmak, müşteriye cevap verme sürelerinin kısaltılması, kalitenin iyileştirilmesi, ekip çalışmasına ağırlık verilmesi, yeni ürünlerin piyasaya sürülme sürelerinin kısaltılması ve stratejik yönetim şeklinde sıralanabilmektedir...Ayrıca Dengeli Ölçüm Kartı, üst düzey yöneticilere, önemli tüm operasyonel ölçümleri bir arada tutmayı zorlandıkları zamanlarda bile, hangi alanlarda ilerlemenin kaydedildiği veya hangi alanların ihmal edildiğini gösterebilmektedir” (Kılınç ve diğer, 2008).

Dengeli Ölçüm Kartı’nda hedef ve ölçüler, organizasyonun vizyon ve stratejileri dikkate alınarak belirlenmektedir. Dengeli Ölçüm Kartı’nda yer alan hedef ve ölçülerle işletme performansı dört farklı boyutta değerlendirilmektedir (Çakmak, 2005:262).

Bu yolla Dengeli Ölçüm Kartı “işletmelerin, aşağıda belirtilen dört temel soruya cevap verebilmelerini sağlamaktadır (Kılınç ve diğer, 2008);

- Müşterilerimiz bizi nasıl görüyorlar?(müşteri boyutu)
- Hangi konularda mükemmel olmalıyız?(operasyonel boyut)

- İyileşmeye ve değer yaratmaya devam edebilir miyiz?(öğrenme ve gelişme boyutu)
- Hissedarlarımıza nasıl görünüyoruz?(finansal boyut)”

“Kaplan ve Norton’a göre bu dört boyut dikilmiş ve giyilmeye hazır bir ceket olarak değil, bir kalıp veya şablon olarak değerlendirilmelidir. Dört boyutun tümünün de gerekli yeterli olacağı bir matematik teorisi yoktur. Bu dört boyut içinden sadece iki veya üç tanesini kullanacak işletmeler olduğu gibi, faaliyet gösterdikleri sektörün şartları ve işletmenin stratejisine göre bunlara bir veya daha fazla boyut ekleyecek işletmeler de bulunabilir. Örneğin Letza’nın çalışmasında üç boyut yer almış ve bu üç boyut için Kaplan ve Norton’un kullandığından farklı isimler kullanılmıştır. Higgins ve Currie çalışmalarında işletmelerde sosyal sorumluluğun öneminin arttığına dikkat çekerek, Dengeli Ölçüm Kartı’nda sosyal sorumluluğu kapsayan, dört boyuta ek beşinci boyutun yer alması gerektiğini ileri sürmektedirler. Epstein ve Wisner sonuç kartlarında dört boyuta ek olarak sosyal ve çevre boyutu isimli beşinci bir boyutun yer almasının gerekliliğini ileri sürmüşlerdir. Diğer taraftan bir ulaşım firması öğrenme ve gelişme boyutu yerine çalışan boyutu ismini vererek sonuç kartını hazırlamış ve kullanmıştır. Dengeli Ölçüm Kartı’nın sağlık işletmelerine uygulandığı örneklerde müşteri boyutunun isim değiştirilerek hasta boyutuna dönüştüğü görülmektedir. Fakat Kaplan ve Norton genel olarak Dengeli Ölçüm Kartı’nın dört boyutunun birçok değişik sektör ve işletme için yeterli olduğunu saptadıklarını ifade etmektedirler” (Güner, 2008:253). Aşağıda Dengeli Ölçüm Kartı’nın yukarıda bahsedilen boyutları hakkında bilgiler verilmektedir.

1.2.1.1 Finansal Boyut

“Finansal boyutta stratejik hedefler, gelirleri artırmak, maliyetleri düşürmek ve aktiflerin kullanımını artırmaktır. Dengeli Ölçüm Kartı’nda her organizasyon için stratejik hedeflere ulaşmada kullanılan genel ölçüler yatırımın kârlılığı ve ekonomik katma değer olarak belirlenmiştir. Ancak bu genel ölçülerin yanı sıra, her organizasyonun kendi stratejisine göre farklı amaçlar konulabilmekte ve buna göre ölçütler farklılaşabilmektedir. Örneğin; stratejik hedeflere ilişkin finansal ölçüler

özellikle işletmenin yaşam döngüsünde yer aldığı devreye (büyüme, sürdürme, hasat gibi) göre değişmektedir” (Çakmak, 2005:263).

“Bu ölçütler genellikle **karlılık, büyüme, net gelir, satışlarda artış, nakit akımı ve ekonomik katma değer** gibi performans göstergelerine odaklanmaktadır. Henüz tutundurma aşamasında bulunan bir işletme için satışların durumu ve nakit akışı gibi finansal ölçütler önemli iken olgunluk döneminde faaliyet gösteren bir işletme için karlılık, net gelir vb. finansal ölçütler daha önemli olabilmektedir” (Güner, 2008:254).

Fakat kimi zaman olgunluk döneminde, hasat aşamasında olan bir şirket beklenmedik şekilde büyüme amacı içine girebilmektedir. Teknolojide, pazarda veya yasalarda meydana gelebilecek bir değişiklik, olgunluk evresinde olan bir ürün veya hizmeti yüksek oranda büyüme potansiyeline sahip bir ürün veya hizmet haline dönüştürebilmektedir. Böyle bir değişim, şirketin finansal yatırım amaçlarını da tamamen değiştirebilme potansiyeline sahiptir. “Bu nedenle, her şirketin yılda en az bir kez olmak üzere, düzenli aralıklarla finansal amaçlarını gözden geçirerek finansal stratejisini teyit etmesi veya değiştirmesi gerekmektedir” (Kaplan ve Norton, 2009:65).

1.2.1.2 Müşteri Boyutu

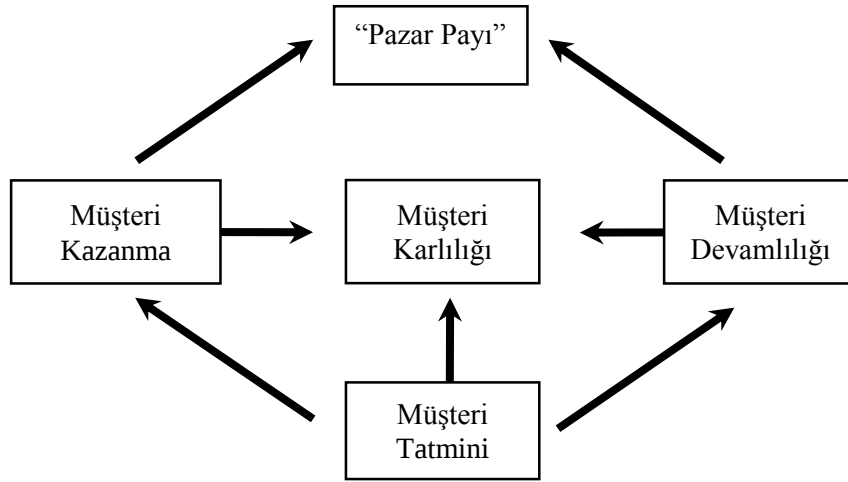
“Yeni ekonominin getirdiği belki de en büyük yapısal değişiklik, üretici, satıcı ve müşteri arasındaki güç dengesinin müşteri lehine değişmesi olmuştur. Bu nedenle, günümüz işletmeleri müşteri odaklı stratejiler geliştirmeye başlamışlardır. İşletmelerin müşterilerine sunmuş oldukları mamul ve hizmet, onlarla kurmuş oldukları ilişkiler müşteriler tarafından değerlendirilmektedir. Bu değerlemenin sonuçları; işletmelerin, rakiplerinden farklı olarak, hedef müşterilerinin gözünde kendisini nasıl cazip kıldığını, onlarla olan ilişkilerini nasıl geliştirdiğini ve koruduğunu ortaya koymaktadır” (Ölçer, Özbircikli, 2002:37).

“Dengeli Ölçüm Kartı’nın müşteri boyutunda, şirketler rekabet etmeyi seçtikleri müşteri ve pazar kesimini tanımlamaktadırlar. Tanımlanan müşteri ve pazar kesimleri, şirketin finansal hedeflerinin gelir bileşenini oluşturacak kaynakları temsil etmektedir. Müşteri boyutu, şirketlerin müşteri sonuçlarının temel ölçülerini, ki bu

ölçüler tatmin, sadakat, devamlılık, kazanılma ve kazanç olabilir, hedef müşteri ve pazar kesimleri ile uyumlu bir hale getirmelerini sağlamaktadır. Aynı zamanda şirketlerin hedef müşteri ve pazar kesimlerine götürecekleri değer önerilerini de kesin olarak tanımlamalarına ve ölçmelerine imkan vermektedir. Değer önerileri, müşteri sonuçlarının temel ölçülerini yönlendiren belirtilerdir” (Kaplan ve Norton, 2009:81).

“Yöneticiler, müşteri tatmini ve memnuniyetini gaye edinmeden önce, şirketin misyon ve stratejisini Dengeli Ölçüm Kartı’nın müşteri boyutunda pazar ve müşterilere özel hedefler haline dönüştürerek belirtmelidir. Müşteri boyutunun temel ölçüleri arasında pazar payı, müşteri devamlılığı, yeni müşteri kazanma, müşteri tatmini, müşteri karlılığı vb. ölçüler yer almaktadır. Bu temel ölçüler Şekil 1.4’te gösterilmektedir” (Köse,2007);

Şekil 1.4: Müşteri Boyutu ve Temel Ölçüler



Pazar Payı	“Müşteri sayısı, toplam harcama miktarı veya satılan birim miktarı gibi ölçülerle, şirketin belirli bir pazarda yaptığı satışların o pazardaki toplam yapılan iş hacmine olan oranını gösterir.”
Müşteri Kazanma	“Şirketin yeni iş veya müşteriler kazanma oranını mutlak veya bağlı değerler şeklinde ölçer.”
Müşteri Devamlılığı	“Mutlak veya bağlı değerler kullanarak şirketin müşterileri ile sürdürdüğü, koruduğu ilişkilerin oranını takip eder.”
Müşteri Tatmini	“Müşterilere sunulan değer tekliflerinin sağladığı müşteri tatmin seviyelerini özel performans kriterleri vasıtasıyla tespit eder.”
Müşteri Karlılığı	“Bir müşteri için yapılması gereken özel harcamalar gerçekleştirildikten sonra müşteri veya müşteri kesiminin net karını ölçer.”

Kaynak: Kaplan ve Norton, Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek, Sistem Yayıncılık, İstanbul, Ekim 2009, s.87.

“İşletmeler performans ölçütlerinden faaliyet gösterdikleri sektörün ve hedef müşteri kitlesinin özelliklerine uygun olanları belirleyerek sonuç kartlarını tasarlamaktadırlar.” Tablo 1.7’de müşteri boyutunda yukarıdaki temel ölçümlere ek olarak kullanılabilecek birtakım ölçümler yer almaktadır (Güner, 2006:43);

Tablo 1.7: Müşteri Boyutunda Kullanılabilecek Ölçütler

“Müşteri sadakati”	“İlk kontakta çözölen müşteri şikâyeti”
“Dönüş oranı”	“Müşterinin alım sıklığı/ oranı”
“Müşteri şikâyetleri”	“Müşteri başına yıllık satış”
“Direkt fiyat”	“Hedef müşteri harcamalarının payı”
“Müşteri sayısı”	“Yeni müşterilerden elde edilen gelirin yüzdesi”
“Müşteri kayıpları”	“Kazanma oranları (biten satış sayısı / satış işlemi)”
“Satış hacmi”	“Müşterilerin firmayı ziyaret sayısı”
“Reklam sayısı”	“Satışların yüzdesi olarak pazarlama maliyetleri”
“Yapılan teklif sayısı”	“Ortalama müşteri boyutu”
“Marka tanınırlığı”	“Kanal (ürün vb.) başına satış”
“Cevap verme oranı”	“Çalışan başına düşen müşteri sayısı”
“Ziyaret sayısı”	“Yeni müşteri sayısı”

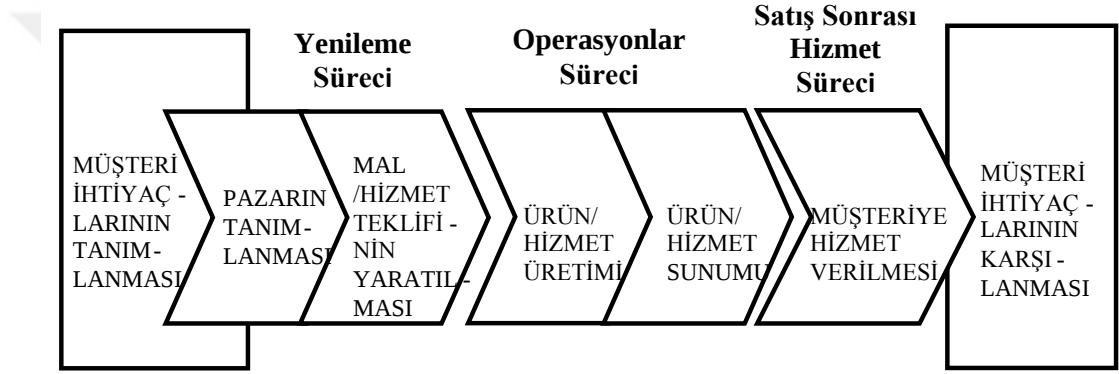
Kaynak: GÜNER, M. Fatih, Stratejik Performans Değerlemede Dengeli Sonuç Kartı: Bir Sanayi İşletmesinde Uygulama

1.2.1.3 İç Süreçler Boyutu

“Finansal boyut ve müşteri boyutu ile ilgili amaç ve ölçüler belirlendikten sonra sıra iç süreçler boyutuna gelmektedir. Dengeli Ölçüm Kartı’nda iç süreçler boyutunun amaç ve ölçüleri, hedef müşteri ve hissedarların beklentilerini karşılamaya yönelik stratejilerden türetilmektedir. Bu sayede organizasyonun uygulaması gereken yepyeni iş yöntemleri ortaya konmaktadır. Kaplan ve Norton’a göre; birçok organizasyonda uygulanmakta olan performans ölçüm sistemleri, mevcut işleym yöntemlerini geliştirmeye yöneliktir. Oysaki Dengeli Ölçüm Kartı uygulamasında yöneticilerin yenileme, operasyonel süreç ve satış sonrası hizmetler değeri zincirini dikkate alarak iç süreçler boyutu ile ilgili stratejik hedef ve ölçülerini belirlemeleri yararlı olmaktadır” (Çakmak, 2005:265). “Örneğin; faaliyet etkinliğindeki artıştan ve süreç iyileştirmeden doğan maliyet tasarrufları kısa vadeli, müşteri ile ilişkilerin geliştirilmesinden elde edilen gelir artışı ise orta vadeli yararlar sağlamaktadır. Sürekli yenilik yapma da genellikle uzun vadede gelir ve kar marjı artışı sağlamaktadır” (Ölçer, Özbirecikli, 2002:37).

“Değer zincirindeki ilk süreç olan yenileme sürecinde organizasyon, müşterilerin yeni gelişen ve henüz ortaya çıkmamış ihtiyaçlarını araştırıp bunları karşılayacak ürün ve hizmetler yaratmaktadır. Değer zincirinin ikinci önemli basamağını oluşturan operasyonlar, mevcut ürün ve hizmetlerin üretildiği ve müşteriye ulaştırıldığı aşamalardır. Üçüncü basamak ise; satıştan ve teslimattan sonra müşteriye sunulan hizmettir” (Çakmak, 2005:265). Bu süreç Şekil 1.5’te ifade edilmektedir.

Şekil 1.5: Şirket İçi İşleyiş Boyutu-Genel Değer Zinciri



Kaynak: Kaplan ve Norton; 2009:121

“Yenileme işleminde, şirket, müşterilerin yeni gelişen ve henüz ortaya çıkmamış ihtiyaçlarını ortaya koymaya ve bu ihtiyaçları karşılayacak yeni ürün ve hizmetler yaratmaktadır. Operasyonlar süreci ise, mevcut ürün ve hizmetlerin üretildiği ve müşteriye ulaştırıldığı aşamalardır. Birçok firmada sadece bu noktaya eğilinmesine ve performans ölçümünün en önemli aşamalarından biri olarak görülmesine rağmen Şekil 5.’te yer alan değer zincirine göre, finansal ve müşteri ile ilgili amaçlara ulaşmak için gerekli bileşkelere sadece biri olduğu ve değer zincirini en fazla etkileyen unsur olmadığı görülmektedir. Son aşama ise satıştan ve teslimattan sonra müşteriye sunulan hizmettir. Tüm bu faaliyetler hedef müşterilerin bir şirketten satın aldıkları mal ve hizmetin değerini arttıran unsurlardır” (Kaplan, Norton, 2009:120).

“Değer zincirindeki bu üç aşamanın da dikkate alınması çok önemlidir ve her aşama için ayrı ayrı stratejik hedef ve ölçüler belirlenmektedir. Ancak her organizasyon için geçerli olabilecek iç süreçler boyutu için genel ölçüler kalite, tepki süresi, maliyet, yeni ürün sunumu ve verimlilik” (Çakmak, 2005:265).

1.2.1.4 Öğrenme ve Gelişme Boyutu

“Dengeli Ölçüm Kartı’nın dördüncü boyutunda işletmenin uzun dönemli başarı ve gelişim için gerekli alt yapısı oluşturulmaktadır. Bu boyutun en baskın unsuru işletmelerin hissedarları için gelecekte değer oluşturma kapasitesine sahip olup olmadığıdır. İşletmelerde kurumsal eğitim ve gelişim üç ana kaynaktan elde edilir: insanlar, sistemler ve işletme içi yöntemler. Dengeli Ölçüm Kartı’nda yer alan finansal, müşteri ve iç süreçler boyutları insanların, sistemlerin ve yöntemlerin mevcut performansları ile işletmenin ileriye doğru bir atılım yapmasını sağlayacak performans gereksinimleri arasında büyük bir fark olduğunu ortaya koyacaktır. İşletmeler bu farkı kapatmak için çalışanlarına yeni yetenekler kazandırmak, bilgi teknolojisi ve bilgi sistemlerini zenginleştirmek, işletme içi yöntem ve programları uyumlu ve çalışır hale getirmek zorundadır. Bu amaçlar Dengeli Ölçüm Kartı’nın öğrenme ve gelişme boyutunda yer almaktadır” (Güner, 2008:255).

1.2.2 Dengeli Ölçüm Kartı Ölçülerini Stratejiyle Bağdaştırma

Şirket stratejisini ölçüler haline dönüştürecek bir Dengeli Ölçüm Kartı oluşturacak ve Dengeli Ölçüm Kartı’nın şirket stratejisine bağlanmasını sağlayacak üç temel prensip bulunmaktadır. Bunlar (Kaplan, Norton, 2009:181);

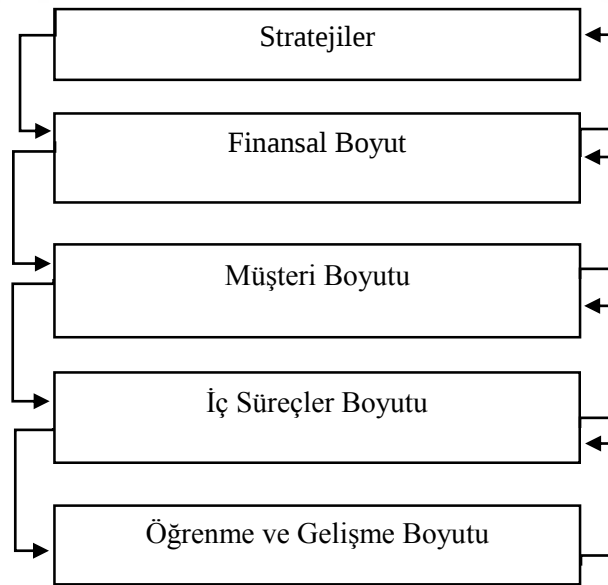
1. Neden-Sonuç İlişkileri
2. Performans Göstergeleri
3. Finansal Amaçlarla Bağlantı

1.2.2.1. Neden-Sonuç İlişkileri

“Dengeli Ölçüm Kartı boyutları arasında neden-sonuç ilişkisinin gerekliliği çoğu yazar tarafından Dengeli Ölçüm Kartı’nın temel varsayımlarından biri, Dengeli

Ölçüm Kartı'nı diğer yöntemlerden ayıran en belirgin özellik olarak görülmektedir. Sonuç kartının oluşturulmasında, temel düşünce, farklı performans ölçütleri arasında işletme stratejisinden türetilmiş dengeli bir ilişkinin ortaya konulmasıdır. Dengeli ilişkinin kurulabilmesi için sonuç kartında yer alan tüm boyutlar arasında neden-sonuç ilişkisi söz konusu olmalıdır. İşletme stratejisini yansıtan finansal ve finansal olmayan performans ölçütlerinin neden sonuç zinciri içerisinde seçilmesi, işletme yöneticilerine bir yol haritası sunmaktadır. Çünkü strateji nedenler ve sonuçlar hakkındaki bir hipotezler dizisinden meydana gelmektedir. Ölçüm sistemleri amaçlar ve ölçütler arasındaki ilişkileri birçok boyutta açıkça ortaya koyarak bunların yönetim ve değerlendirilmesine olanak sağlamalıdır. Neden sonuç zinciri sonuç kartının dört boyutunu da kapsamalıdır” (Güner, 2008:257). Dengeli Ölçüm Kartı'ndaki dört boyut arasındaki neden sonuç ilişkisi ve performans boyutları ile stratejileri arasındaki bağlantılar Şekil 1.6'da şu şekilde gösterilmektedir (Çakmak, 2005:267);

Şekil 1.6: Performans Boyutları ve Strateji ile İlişkisi



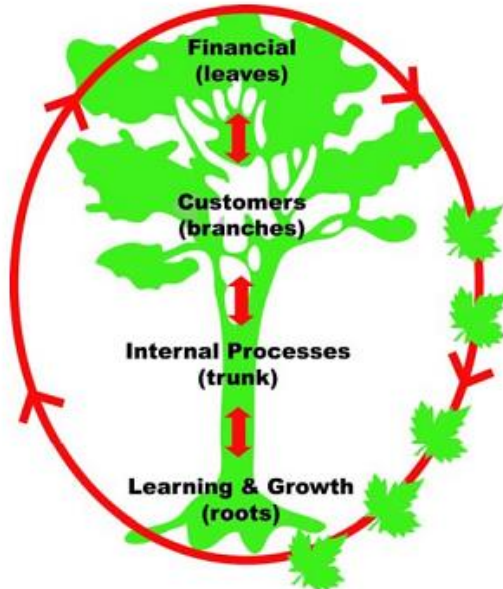
Performans Boyutları ve Strateji ile İlişkisi (Çakmak, 2005:267)

Dengeli Ölçüm Kartı'nın “dört boyutu ve neden-sonuç ilişkisi içinde birbiri ile bağlantıları incelendiğinde, gelir artışı bir sonuç olarak ele alındığında bu sonuca, finansal boyutta verimlilik ve etkinlik, getiri yönetimi, yeni fikirler geliştirmek;

müşteri boyutunda, müşteri memnuniyeti; öğrenme-gelişme boyutunda, hizmet kalitesinin geliştirilmesi ile ulaşılmaktadır. Müşteri boyutundaki müşteriler için değerler sunmak bir sonuç olarak ele alındığında bu sonuca, iç süreçler boyutunda, iş gören memnuniyeti, üstün hizmet ve yüksek kalitedeki fiziksel faaliyetler ile ulaşılmaktadır. İç süreçler boyutunda, yüksek kalitedeki fiziksel faaliyetler bir sonuç olarak ele alındığında ise bu sonuca öğrenme-gelişme boyutundaki hizmet kalitesinin geliştirilmesi ile ulaşılmaktadır” (Bertan, 2009:2535).

Dengeli Ölçüm Kartı’nın içeriğinde yer alan boyutlar arası neden sonuç ilişkileri Niven’in analogisine göre bir ağaç ile benzeşim göstermektedir. Buna göre aşağıdan yukarıya doğru, öğrenme ve geliştirme boyutu, ağacın kökleri, ağacın gövde kısmını iç süreçler boyutu oluşturmaktadır, müşteri boyutu ağacın dalları budakları, finansal boyut ağacın yapraklarını oluşturmaktadır. Her boyut aşağıdan yukarıya yukarıdan aşağıya birbirine bağlıdır. Bu yenilenme ve büyüme için sürekli bir döngü anlamına gelmektedir. Bu analogide öğrenme ve geliştirme boyutu, diğer boyutların üzerine inşa edildiği temel boyuttur. Söz konusu ilişki ağı Şekil 1.7’de gösterilmektedir.

Şekil 1.7: Niven’in Dengeli Ölçüm Kartı Analogisi



<https://www.ruralcenter.org/sites/default/files/Final%20BSC%20Manual%2010.18F.pdf>

Örneğin, eğer bir hastane hasta memnuniyetini değerlendirip hasta memnuniyetine (müşteri boyutu) dair bir memnuniyetsiz sonucuna ulaşırsa, bir numaralı stratejisi müşteri hizmetleri üzerine bir personel eğitimi (öğrenme ve geliştirme boyutu) uygulamasına gitmek olacaktır. Acildeki bekleme süreleri üzerinden müşteriye yönelik hizmet iyileştirmesi (iç işlemler boyutu) sonuç olarak hastane hizmetlerinin kullanımını arttırabilmektedir (finansal boyut)(ruralcenter.org, 2010:7,8).

1.2.2.2 Performans Göstergeleri

“Dengeli Ölçüm Kartı’nda kullanılan genel ölçüler, genellikle birçok stratejinin ortak hedeflerini hatta sektör ve şirketlerin benzer yapılarını yansıtan temel sonuç göstergelerinden oluşmaktadır. Bu ölçüler, karlılık, pazar payı, müşteri tatmini, müşteri devamlılığı ve çalışanların yetenekleri gibi ardıl (gecikmeli) göstergelerdir. Öncül göstergeler veya performans göstergeleri ise şirketlere has olan, özel göstergelerdir” (Kaplan ve Norton 2009:182). Performans göstergeleri ise; bir şirketin stratejisinin diğer şirketlerden farklı olan özelliklerini ortaya koymaktadır (Köse, 2003:156-168).

“Performans göstergeleri olmadan sadece sonuç ölçümlerine yer verilmesi bu sonuçların nasıl elde edilebileceğine dair bir fikir vermemektedir. Aynı zamanda sonuç ölçümlerinin, stratejinin başarı ile uygulanıp uygulanmadığına dair bir erken uyarı mekanizması görevini yerine getirme özellikleri de bulunmamaktadır. Üretim süreleri, hata oranları gibi performans göstergeleri tek başına kullanıldığı zaman şirketlerin kısa dönemli operasyonel gelişmeler elde etmelerini sağlayabilirken, sonuç ölçümleri olmadan operasyonlardaki gelişmelerin mevcut ve yeni müşterilerle daha fazla iş yapmasını sağlayıp sağlamadığı ve şirketin daha üstün bir finansal performansa ulaşp ulaşmadığını göstermekte yetersiz kalmaktadırlar. İyi bir Dengeli Ölçüm Kartı her iki göstergenin en uygun oranlardaki birleşimini kapsamalıdır” (Kaplan, Norton, 2009:182).

1.2.2.3 Finansal Amaçlarla Bağlantı

“Günümüzde pek çok kuruluşun değişim programları uygulamakta olması, kalite müşteri tatmini yenileme ve müşteri ve çalışanlara yetki verilmesi gibi şirket lehine sonuçlar verecek amaçların belirlenmesini kolaylaştırmaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için yapılan çalışmalar, şirketlerin daha iyi performans elde etmelerini sağlamaktadır. Fakat nihai amaç olarak kabul edildikleri takdirde şirketin performansında arzu edilen gelişmelerin ekonomik sonuçlar ile bağlantısı olması gerekmektedir” (Ölçer, 2005:108).

Dengeli Ölçüm Kartı, “elde edilen sonuçlar, özellikle de sermayenin karlılık oranı veya ekonomik katma değer gibi finansal sonuçlar üzerinde önemle durmalıdır. Birçok yönetici toplam kalite yönetimi, toplam operasyon süresindeki azalma, yeniden yapılanma ve çalışanlara yetki verilmesi gibi programları müşterileri doğrudan etkileyecek ve gelecekte daha yüksek performans sağlayacak sonuçlara bağlamada başarısızlığa uğramaktadırlar. Bu şirketlerde yapılan hata, gelişim programlarının nihai hedef olarak kabul edilmesidir. Gelişim programları ile şirketin müşteri ve finansal performansını arttırmaya yönelik özel hedefleri arasında bağlantı kurulamamıştır. Bu uygulamaların kaçınılmaz sonuçları olarak, şirketlerin değişim programlarından bekledikleri somut getirilerin eksiklikleri hayal kırıklıklarına neden olmaktadır. Bu nedenle, Dengeli Ölçüm Kartı’ndaki tüm ölçülerin finansal amaçlara bağlanması gerekmektedir” (Kaplan, Norton, 2009:183).

1.2.3. Yapı ve Strateji

Şirketlerin ilk Dengeli Ölçüm Kartlarını oluşturduktan sonra bunu kısa sürede mevcut yönetim sistemleri içine yerleştirmeleri gerekmektedir. Ölçüm Kartı, stratejinin geliştirilmesi ve belirlenmesi ile uygulanması arasındaki bağlantının kurulamaması gibi organizasyonlardaki büyük bir eksikliği gidermeye yardımcı bir işleve sahiptir (Kaplan ve Norton, 2009:233,235).

Robert S. Kaplan ve David P. Norton, “bu tekniğin bir performans ölçme sistemi olmakla beraber aynı zamanda stratejik yapı için bir yönetim sistemi olarak kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Bu yönetim sistemi içinde stratejiler hedeflere, hedefler performans göstergelerine dönüştürülmekte ve böylece performans

göstergeleri işletmenin mevcut durumunu göstermekle beraber stratejileri gerçekleştirmek için kullanılmaktadır. Kısacası; tekniğin strateji merkezli bir yöntem olması, yönetim sistemi olarak da kullanılmasını sağlamaktadır” (Köse, 2003).

Kaplan ve Norton aynı çalışmada, şirketlerde stratejilerin etkin bir şekilde uygulanmasının önünde 4 engel olduğunu tespit ettiklerini, bu engellerin de;

“1. Eylemsel olmayan vizyon ve stratejiler

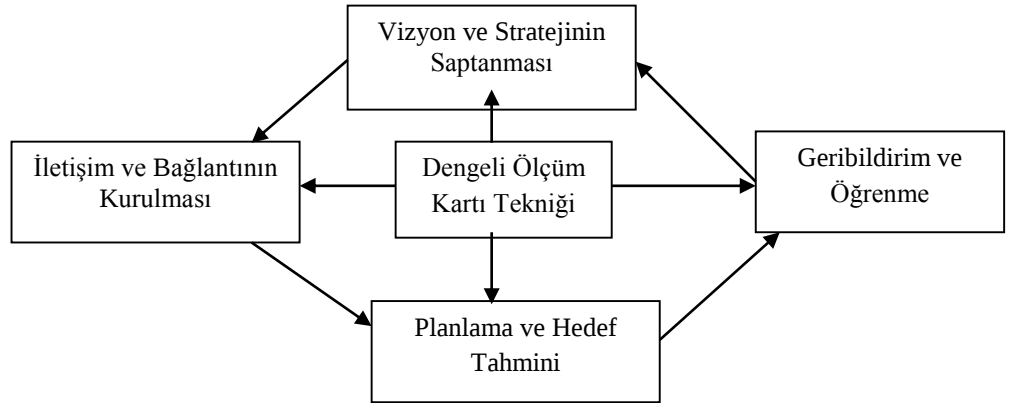
2. Departman, takım ve kişilerin hedefleriyle bağlantısı olmayan stratejiler

3. Uzun ve kısa dönemli kaynak tahsisi ile bağlantılı olmayan stratejiler

4. Stratejik olmayan taktiksel geribildirim desteği olduğunu ifade etmektedirler” (Kaplan ve Norton, 2009:233,235).

Ortaya koydukları stratejik yönetim süreçleriyle de bu engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik çözüm önerileri getirmektedirler. Söz konusu yönetim sistemi süreçleri Şekil 1.8’de şu şekilde ifade edilebilmektedir.

Şekil 1.8: Stratejik Yapı İçin Yönetim Sistemi



Kaynak: Tunç KÖSE, İşletmelerde Stratejik Maliyet Yönetimi Teknikleri , İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Yayın Organı Mali Çözüm Dergisi, 13(63), Nisan-Mayıs-Haziran/2003, 156-168.

Vizyon ve Stratejinin Saptanması, Vizyon ve Stratejinin Saptanması aşaması, yöneticilere işletmenin vizyon ve stratejisi üzerinde bir konsensüs sağlama olanağını sunmaktadır. Kuruluşun en üst düzey yönetiminin tüm iyi niyetine karşın "sınıfta en iyi", "bir numaralı tedarikçi", "yetkilendirilmiş çalışanlar" gibi sözler

işlerin gerçekleştiği düzeylerde harekete geçilmesini sağlayacak işe yarar, yol gösterici ifadelerle kolay kolay dönüşmezler. “Çalışanların vizyon ve strateji bildirilerindeki sözleri işlerinde uygulayabilmeleri için, bunların kendi içinde bütünleşmiş, üst düzey yöneticilerin tümü tarafından kabul edilmiş, uzun dönemdeki başarı faktörlerini tanımlayan bir amaçlar ve ölçümler grubu olarak dile getirilmesi zorunludur” (Argüden ve diğ, 2000:19).

Stratejik Amaç ve Ölçütlerin İletilmesi, Bağlantıların Kurulması Süreci:

“Bu süreç, stratejinin tüm organizasyonel basamaklara yayılması ve bölüm amaçları ile ilişkisinin kurulmasını sağlamaktadır. Dengeli Ölçüm Kartı şirketlerdeki farklı iş birimleri ile üst düzey yöneticiler ve yönetim kurulu üyeleri arasında yalnızca kısa dönemli finansal hedefler hakkında değil, firmanın gelecekteki performansını artıracak bir stratejinin formüle edilmesi ve uygulanması hakkında da iletişim kurulmasını teşvik etmektedir. Stratejik amaç ve ölçütlerin iletilmesi ve bağlantıların kurulması sürecinin sonunda, organizasyondaki tüm çalışanların, işletmenin uzun dönemli hedeflerini ve bu hedeflere ulaşmak için uygulanacak stratejilerini kavramış olmaları gerekmektedir” (Gencer, Çetin, 2011:110).

Bu amaçla kullanılmakta olan belli başlı üç yöntem bulunmaktadır. Bunlar (Kaplan ve Norton:2009:244,245);

1) İletim ve Eğitim Programları: Stratejinin uygulamaya sokulması için tüm işletme çalışanlarının, yönetim kurulu üyelerinin ve üst düzey yöneticilerin stratejiyi ve stratejik hedeflere ulaşılabilmesi için gerekli olan hareket tarzını anlamaları şarttır. İşletme organizasyonunda yer alan her çalışanın stratejiyi meydana getiren bileşenler hakkında eğitim görmesi ve bu eğitimin performans sonuçlarına ilişkin geribildirimle desteklenmesi, kurumsal çapta bir uyum sağlamanın temel taşı olarak görülmektedir.

2) Hedef Belirleme Programları: Temel düzeyde bir anlayış kazanıldıktan sonra, tüm çalışan birey ve takımlar, daha üst düzeydeki stratejik hedeflerini takım ve birey hedeflerine dönüştürmelidirler. Birçok şirkette uygulanmakta olan hedefe yönelik yönetim programları, Dengeli Ölçüm Kartı’ndaki amaç ve ölçülere bağlı olmalıdır.

3) Ödül Sisteminin Bağlantısı: İşletme organizasyonunu strateji ile bir araya getirme çabaları, teşvik ve ödül sistemleri aracılığıyla desteklenmelidir. Kurulan bağlantının çok ehemmiyetli bir şekilde ve eğitim ve iletişim programları tam

anlamıyla belli bir raya oturduktan sonra kurulması gerekse de kuruluştaki teşvik prim sistemlerinin Dengeli Ölçüm Kartı'na bağlanması nedeniyle elde edilen faydalar gözlenmektedir.

İş Planlama ve Hedef Belirleme: Aşama bütçeyi stratejiye entegre etmektir. Bir önceki kısımda anlatılan sadece çalışanların organizasyon hedefleriyle aynı yöne doğru getirilmesi yeterli değildir, aynı zamanda organizasyonun diğer kaynaklarının da stratejik hedefler doğrultusunda verimli kullanılması önemlidir. Bunun nasıl gerçekleştirileceği yönünde Kaplan ve Norton dört aşamalı bir plan önermektedirler (Ünler, 2010:57).

Bu aşamalı plan şu şekilde ifade edilmektedir (Kaplan ve Norton, 2009:273,274);

1. Büyük hedefler belirlemek: Yöneticilerin tüm çalışanların kabul edeceği ve katılacağı ölçülerle ilgili olarak büyük hedefler belirlemesi gerekmektedir. Dengeli Ölçüm Kartı'nda yer alan neden-sonuç ilişkileri en çok önem verilen sonuç göstergeleri, özellikle de finansal ve müşteri göstergelerinde üstün performans elde etmeyi sağlayacak önemli etkenlerin belirlenmesinde yardımcı olacaktır.

2. Stratejik uygulamaları belirlemek ve açıklamak: Ölçüm Kartı ölçüleri ile ortaya konan daha büyük düzeydeki hedefler ve bu ölçülere ait performans seviyeleri arasındaki arayı kapatmak için hangi sermaye yatırımlarına ve uygulamalara öncelik tanınması gerektiğini belirlemelerine yardım etmektedir. Yöneticiler asgari bir Dengeli Ölçüm Kartı ölçüsünde önemli bir eksikli olmayacak uygulamalardan vazgeçebilir ve bu uygulamaları erteleyebilirler.

3. Önemli müşterek iş girişimlerini belirlemek: Yöneticilerin, işletmedeki diğer birimlerin ya da ana şirketin stratejik amaçlarına faydalı olacak aksiyonların neler olacağını belirlemeleri gerekmektedir.

4. Senelik kaynak tesisi ve bütçelerle ilişkilendirmek: Yöneticiler üç beş yıl arasındaki stratejik planlar ile bir sonraki senenin zorunluluk arz etmeyen giderleri ve bütçe hedefleri (kilometre taşları) arasında ilişki kurmaktadır.” Bu kilometre taşları, yöneticilerin işletme biriminin stratejik yolculuğu sırasında nasıl bir yol izlemekte olduğunu kontrol etmelerine yardımcı olmaktadır.

Geri Bildirim ve Öğrenme: “Strateji temelli hipotezlerin test edilmesini, geri bildirimlerin alınmasını ve gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlayarak stratejik öğrenme kapasitesini artırmaktadır” (Ecevit, İşçi; 2007:131). Bu süreç, “Dengeli Ölçüm Kartı yönetim sisteminin en yenilikçi ve önemli yönü olarak ifade edilmektedir. Dengeli Ölçüm Kartı, yöneticilerin stratejilerini izleyebilmelerini, uygulama aşamasında düzeltmeler yapmalarını ve gerekiyorsa stratejide temel değişiklikler gerçekleştirmelerini sağlamaktadır. Dengeli Ölçüm Kartı ile yönetim kurulu üyeleri şirketin, müşteriler, içsel işletme ve yenilikler, çalışanlar, sistem ve uygulamalar gibi konularda belirlenen hedeflere ulaşp ulaşmadığını, geçmişte elde edilen sonuçlarla birlikte gelecekle ilgili beklentilerinde ilerleyip ilerlemediğini izleyebilmektedirler” (Gencer, Çetin, 2011:110-111).

1.2.4. Dengeli Ölçüm Kartı’nın (Balanced Scorecard) Oluşturulması

Her organizasyon Dengeli Ölçüm Kartı’nı oluştururken gerek üretim sektörünün gerek hizmet sektöründeki organizasyonların kendine özgü özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır. “Ancak Kaplan ve Norton her organizasyonun uygulayabileceği dört aşamalı tipik ve sistematik bir yöntemi önermektedir. Öyle ki bu yöntem iyi bir şekilde uygulandığı takdirde, üst düzey ve orta kademe yöneticiler arasında Dengeli Ölçüm Kartı’na yönelik kararlılığı ve bağlılığı artıracak ve bu, yöneticilerin program hedeflerine uymasına yardımcı olacak “iyi” bir Dengeli Ölçüm Kartı yaratılmasını sağlayacaktır. Bu dört aşama” (Çakmak, 2005:268):

- “1) Ölçülerin/Göstergelerin oluşturulması,
- 2) Stratejik amaçlar üzerinde fikir birliği sağlanması,
- 3) Ölçülerin/Göstergelerin seçilmesi ve tasarlanması,
- 4) Uygulama planının hazırlanması.”

1.2.4.1 Ölçülerin/Göstergelerin oluşturulması

Görev 1. Uygun organizasyon biriminin seçilmesi: “İlk aşamada, proje mimarı, tepe yöneticilere de danışarak üst düzey bir Dengeli Ölçüm Kartı oluşturmak için uygun işletme birimini belirlemektedir. İlk Ölçüm Kartı oluşturmak için, en uygun organizasyon birimleri stratejik işletme birimleri olarak ifade edilmektedir. Burada önemli olan temel husus, söz konusu organizasyon biriminin misyonunu gerçekleştirmek için bir stratejiye sahip olup olmadığı veya bir stratejiye gereksinim duyup duymadığı sorusudur. Şayet cevap olumlu ise, işletme biriminin, Dengeli Ölçüm Kartı oluşturulması için uygun olduğu söylenebilir. Seçilen işletme biriminin, finansal ölçüleri oluşturmanın göreceli olarak daha kolay olduğu, diğer işletme birimleri ile arasında mal, hizmet transferleri ve maliyet dağılımı gibi konularda karmaşık ilişkiler ve tartışmalar bulunmayan bir birim olması gerekmektedir. Bu amaçla proje mimarının, diğer birimlerin ve ana şirketin yöneticileri ile görüşerek; seçilen işletme biriminin finansal amaçları, ortak konular ve diğer işletme birimleri ile olan bağlantıları konusunda bilgi edinmesi gerekmektedir” (Ölçer, 2005:98,99).

Görev 2. İşletme birimleri/ana şirket arasındaki ilişkilerin tanımlanması: “Dengeli Ölçüm Kartı uygulamasında baz alınacak olan işletme birimlerinin tanımlanması ve seçilmesinden sonra, projenin mimarı, bu işletme biriminin diğer işletme birimleri ve ana şirketle olan ilişkilerini öğrenmelidir. Bu amaçla diğer birimlerin ve şirketin üst düzey yöneticileri ile görüşerek aşağıdaki konularda bilgi elde edinmelidir (Soysal, 2010:159);

- İşletme biriminin finansal hedefleri (büyüme, karlılık, nakit akışı)
- Ortak temalar (çevre, güvenlik, personel politikaları, toplum ile ilişkiler, kalite, fiyat, yenilikler)
- Diğer işletme birimleri ile bağlantılar (ortak müşteriler, temel rekabet üstünlükleri, müşterilere entegre hizmet verebilme fırsatları, şirket içindeki müşteri/tedarikçi ilişkileri)”

“Bu bilgiler, Dengeli Ölçüm Kartı oluşturulurken sadece seçilen işletme biriminin yararına olacak, fakat diğer işletme birimlerine veya şirkete yarar sağlamayacak hedef ve ölçütlerin belirlenmesine engel olmak açısından hayati önem

taşımaktadır. İşletme birimi ile ana şirketle olan ilişkilerin belirlenmesiyle, işletme biriminin tamamıyla ayrı bir organizasyon birimi gibi değerlendirilmesi halinde fark edilemeyecek kısıtlamalar ve fırsatların ortaya çıkması sağlanmaktadır” (Kaplan ve Norton, 2009:367).

1.2.4.2 Stratejik amaçlar üzerinde fikir birliği sağlanması

Görev 3. İlk tur görüşmelerin gerçekleştirilmesi (amaç ve ölçüler görüşülür):

“Proje mimarı, bu aşamada, hem Dengeli Ölçüm Kartı’na zemin hazırlayacak bilgileri, hem de işletme biriminin vizyon, misyon ve stratejisi ile ilgili bilgi ve dokümanları hazırlamaktadır. Bu bilgiler, işletme biriminin üst düzey yöneticilerine verilmektedir. Üst düzey yöneticiler kendilerine verilen dokümanları inceledikten sonra, proje mimarı her bir yönetici ile yaklaşık doksan dakikalık görüşmeler yapmaktadır. Bu görüşmeler sırasında, her yöneticinin, şirketin stratejik hedefleri hakkındaki düşünceleri ve Dengeli Ölçüm Kartı’nın dört perspektifinde hangi ölçütlere yer verilmesi gerektiğine ilişkin önerileri alınmaktadır. Proje mimarı, görüşmeleri yönlendirecek, soruları soracak ve uygun bir şekilde cevap verilmesini sağlayacak kişi olacaktır” (Soysal, 2010:160).

Bu görüşmeler, hem doğrudan hem de dolaylı olarak önemli sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır. Doğrudan elde edilen sonuçlar, Dengeli Ölçüm Kartı kavramının yöneticilere anlatılması, şirket stratejisi ve bu stratejinin hedef ve ölçütler haline dönüştürülmesi ile ilgili ilk görüşlerin alınmasıdır. Dolaylı sonuçlar arasında ise, üst düzey yöneticilerin, strateji ve hedeflerin sayısal ve operasyonel ölçütler haline nasıl dönüştürülebileceği ile ilgili düşünmeye başlamalarını sağlamak, şirketin en önemli mevkilerinde bulunan kişilerin Dengeli Ölçüm Kartı’nın oluşturulması ve uygulanması hakkında duyabilecekleri endişeleri öğrenmek ve kişisel bazdaki potansiyel fikir ayrılıklarını açığa çıkarmak sayılabilmektedir(Kaplan ve Norton, 2009:367).

Görev 4. Sentez süreci (amaç ve ölçülerin listesi hazırlanır).

“Üst düzey yöneticiler ile yapılan görüşmeler tamamlandıktan sonra, proje lideri ve çalışma arkadaşları bir araya toplanarak yöneticilerin yanıtlarını tartışır, en önemli hususları belirler ve üst yönetim ekibi ile yapılacak ilk toplantıya temel olacak hedef ve

ölçütlerin bir listesinin hazırlamaktadır. Sentez sürecinin sonunda, dört perspektifte yer alacak hedeflerin belirlenmesi ve önem sırasına konulması gerekmektedir. Aynı zamanda öncelikli hedeflerin sıralandığı listenin, gerçekten işletme biriminin stratejisinin yansıtıp yansıtmadığı ve dört farklı perspektifte yer alan hedeflerin birbirlerine neden sonuç ilişkileri ile bağlantılı olup olmadığı belirlenmektedir. Bu inceleme ve gözlemler bir sonraki aşamada üst düzey yöneticilerin katılacağı uygulama çalışmasında gündeme gelecek tartışma sorularını oluşturacaktır” (Soysal, 2010:160).

Görev 5. Üst düzey yöneticilerle uygulamalı çalışma 1. Tur“(vizyon ve strateji belirlenir, her boyut için stratejik amaçlar ve ölçüleri belirlenir). Bu aşamada proje mimarı scorecard üzerinde fikir birliği elde edilmesini sağlamak amacıyla, üst düzey yöneticilerle bir toplantı düzenlemektedir. Bu uygulamalı toplantıda, üst düzey yönetim takımı önerilen misyonu ve strateji raporunu bir uzlaşmaya varıncaya kadar tartışmaktadır. Bu konularda mutabakat sağlandıktan sonra, proje mimarı üst düzey yöneticilerden; “eğer vizyon ve stratejimde başarıya ulaşırsam, elde edeceğim performans düzeyim, hissedarlarım, müşterilerim, içsel işletme süreçlerim, yenilik yapmadaki, gelişme ve iyileştirmedeki yeteneğimde ne gibi farklar yaratacaktır?” sorusunu cevaplamalarını istemektedir. Bu soru sırayla scorecard’ın her bir perspektifi için cevaplanmaktadır. Bu uygulamalı çalışma sonucunda, her bir perspektif için üç veya dört tane stratejik amaç belirlenmiş, her amacın detaylı bir açıklaması yapılmış ve bu amaçlarda yer verilebilecek ölçütlerin listesi hazırlanmış olacaktır. Bundan sonra çerçeve üzerinde bir taslak Dengeli Ölçüm Kartı geliştirilmektedir” (Ölçer, 2005:99).

1.2.4.3 Ölçülerin seçilmesi ve tasarlanması

Görev 6. Grup toplantıları“(farklı gruplarla amaç ve ölçülerle ilgili ayarlama ve düzeltmeler).Proje mimarı, farklı gruplarla toplantılar düzenleyerek çalışmalar yapmaktadır. Bu toplantı sırasında gruplar dört temel işlevi gerçekleştirmeye çalışmaktadır: (Kaplan ve Norton, 2009:370,371)

1. Stratejik hedeflerin ifade edilme tarzında üst düzey yöneticilerin katılımıyla gerçekleştirilen sunumda ortaya çıkan niyetler doğrultusunda ayarlamalar ve düzeltmeler yapmak.

2. Her amacın maksadını en iyi yansıtan ölçütleri belirlemek.
3. Önerilen her ölçü için gerekli bilgi kaynaklarının ve bu bilgiye ulaşmak için yapılması gereken faaliyetleri belirlemek
4. Her boyut için, bu boyutta yer alan ölçütler arasındaki temel ilişkileri ve Dengeli Ölçüm Kartı'nda yer alan diğer boyutlar ile olan ilişkileri belirlemek. Her ölçütün birbirini ne şekilde etkilediğini açıklamaya çalışmak.”

Birçok Dengeli Ölçüm Kartı'nda ağırlık temel sonuç ölçütlerine verilse de, aslında Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerini belirleme sanatı, performans göstergelerinin tanımlanmasında saklıdır. Performans göstergelerinin ölçütleri, temel sonuç ölçütlerinin başarılmasını sağlayacak olan ölçütlerdir. Üst düzey yöneticilerden oluşan çalışma gruplarının Dengeli Ölçüm Kartı'nın her boyutu için aşağıda belirtilen çalışmaları gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Soysal, 2010:162,163):

- “Her perspektifte yer alacak amaçlar ve her amacın detaylı açıklaması.
- Her amaçla ilgili ölçütler ve açıklamaları.
- Her ölçütün miktarsal olarak ne şekilde ifade edilebileceği ve sergilenebileceğine dair bir örnek.
- Her bir boyutta yer alan ölçütlerin o boyutla ve diğer boyutlardaki ölçüt ve hedefler ile ilgili ilişkilerini, bağlantılarını gösteren bir şema.”

Bu işlemler tamamlandıca proje mimarı ikinci bir uygulamalı çalışma düzenler (workshop).

Görev 7. Üst düzey yöneticilerle uygulamalı çalışma 2. Tur “(vizyon, strateji, amaç ve ölçülerde görüş birliği sağlanır).

Bu aşamada, üst düzey yöneticiler ile doğrudan bu yöneticilere bağlı astlar ve orta kademe yöneticilerden oluşan bir grup, şirketin misyonu, vizyonu, stratejisi ve Dengeli Ölçüm Kartı için önerilen amaç ve ölçütler üzerinde tartışmaktadırlar. Katılımcılar, önerilen amaç ve ölçütler hakkında fikirlerini bildirir ve bir uygulama planı geliştirmeye başlamaktadırlar. Önerilen her ölçüt için uzun dönemli hedefler farklı yöntemler (benchmarking, değişim oranları vb.) uygulanarak belirlenmektedir. Hedefler, stratejik amaçlara doğru ilerlemelerin izlenmesinde ve beklentilerin paylaşılmasında organizasyona yardımcı olmaktadır” (Ölçer, 2005:100).

1.2.4.4Uygulama planının hazırlanması

Görev 8. Uygulama planının oluşturulması “(plan; belirlenen ölçülerin veri tabanına ve bilgi sistemine ne şekilde bağlanacağını da kapsar). Her bir çalışma grubunun liderlerinin bir araya gelmesi ile oluşturulan bir ekip, uzun vadeli hedefleri resmileştirmekte ve Dengeli Ölçüm Kartı’nın nasıl uygulanacağına dair bir plan oluşturmaktadır. Bu plan, Dengeli Ölçüm Kartı’nın tüm şirkete duyurulması ve merkeze bağlı olmayan birimlerde ikinci derecede ölçütler geliştirilmesini kolaylaştırmak amacıyla Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin veri tabanına ve bilgi sistemlerine ne şekilde bağlanacağını da kapsamalıdır. Bu sürecin sonunda, işletme birimini en üst seviyeden en alt seviyeye kadar birbirine bağlayan, tamamıyla yeni bir bilgi sistemi oluşturulacaktır” (Soysal, 2010:163,164).

Görev 9. Üst düzey yöneticilerle uygulamalı çalışma 3. Tur “(vizyon, strateji, amaç ve ölçüler kesinleşir, uzun vadeli hedefler değerlendirilir ve farklı değişim programları tekniğe uyumlaştırılır). Üst düzey yöneticiler, ilk iki turda (workshop) geliştirilen vizyon, amaçlar ve ölçüler üzerinde kesin bir fikir birliği sağlamak ve uygulama ekibinin önerdiği uzun vadeli hedefleri değerlendirmek amacıyla üçüncü kez bir araya gelmektedirler. Bu turda, hedeflere ulaşmak için, başlangıçta devreye sokulacak faaliyet programları üzerinde de karar alınmaktadır. Bu işlemler sonucunda, şirketteki farklı değişim programları, Dengeli Ölçüm Kartı amaç, ölçü ve hedeflerine uyumlu bir hale getirilmektedir. Toplantının sonunda, Dengeli Ölçüm Kartı’nın çalışanlara anlatılması, yönetim felsefesine entegre edilmesi ve destekleyici bir bilgi sistemi oluşturulmasını sağlayacak bir uygulama programı üzerinde uzlaşmaya varılmaktadır” (Kaplan ve Norton, 2009:373).

Görev 10. Uygulama planının sonuçlandırılması “(teknik, yönetim sistemiyle bütünleştirilir, öncelikler üzerinde yoğunlaşılır ve zaman içinde idari bilgi sistemleri de tekniğe uyumlu bir şekle getirilir). Dengeli Ölçüm Kartı’nın fayda yaratması için, şirketin yönetim sistemi ile bütünleştirilmesi gerekmektedir. Bunun için, Dengeli Ölçüm Kartı’nın 60 gün içinde başlatılması gereklidir. Doğal olarak bir geçiş dönemi planlaması yapılacağından, idari ajandayı eldeki verilerden yararlanılarak bir an önce scorecard öncelikleri üzerinde yoğunlaştırmak gerekir. Zaman içinde, idari bilgi

sistemleri de Dengeli Ölçüm Kartı'na uyumlu bir şekilde getirilmeli ve Dengeli Ölçüm Kartı ölçütleri, yıllık stratejik planların, amaçların ve kaynak dağıtım sürecinin bir parçası olarak, periyodik aralıklar revize edilmelidir” (Ölçer, 2005:101).



II. BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA DENGELİ ÖLÇÜM KARTI (BALANCED SCORECARD)

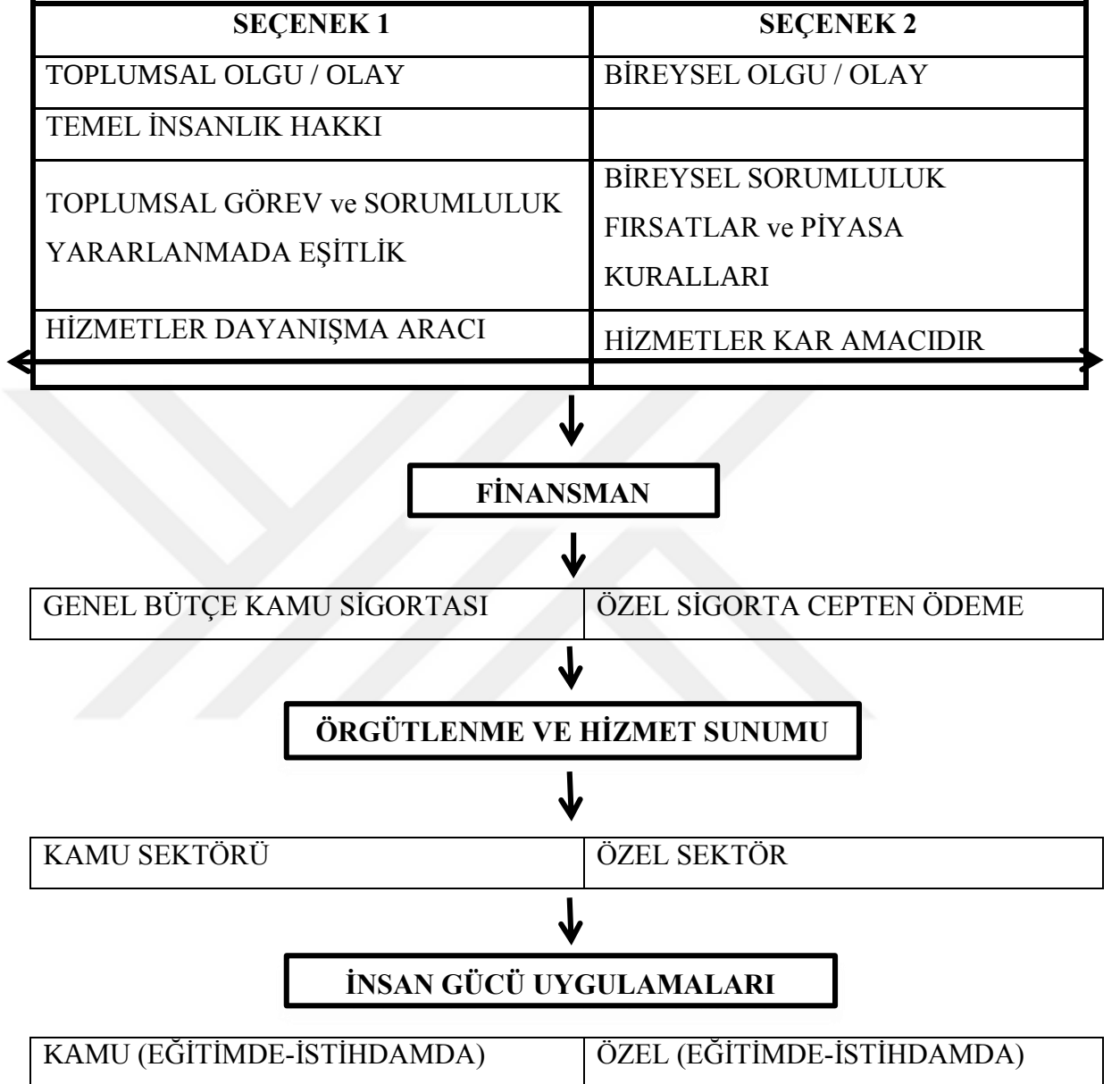
Bu bölümde sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşları ve hastaneler, hastane organizasyonu ve özellikleri, kamu hastaneleri ve özel hastaneler ve sağlık kuruluşlarında Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) uygulamaları ele alınacaktır.

2.1. Sağlık Sistemi

“DSÖ’nün sağlık sistem performansının değerlendirilmesiyle ilgili stratejisi, basit bir sorunun cevaplanması ile başlamaktadır: ‘Sağlık sistemleri ne içindir?’. Bu sorunun açık bir cevabı, sağlık sistemlerinin halkın sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için var olduğudur. Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık sistemini, sağlığı yükseltmeyi temel amaç edinmiş amaç edinmiş tüm organizasyonlar, kurumlar ve kaynaklardan oluşacak şekilde tanımlamaktadır. DSÖ’nün sağlık sistem performansının değerlendirilmesi için kullandığı yeni stratejisi; sağlığı yükseltmek, yeterlilik ve finansmanda adalet olmak üzere üç önemli amaca sahiptir” (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005:10).

“Sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir. İnsanların sağlığının elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir” (Temür ve Bakırcı, 2008:262). “Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık sektörünü tanımlamak, geçmişten günümüze izlenen sağlık politikalarını anlamak, açıklamak ancak ve bu ilkeler ve yapılanmalar ağının gözetilmesi ve çözümlemesi ile mümkün olabilmektedir” (Akdur, 2000:7). Şekil 2.1’de Avrupa ülkeleri ile Türkiye’deki sağlık politikalarına göre sağlığın algılanışı, unsurları ve pratikteki uyarlanması iki temel felsefik bakış açısına indirgenerek şu şekilde gösterilebilmektedir.

Şekil 2.1: Sağlık Politikalarına Göre Sağlık



Kaynak: Akdur R.: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara , 2000, s.8.

“Sağlık politikasına temel oluşturan, bu iki ayrı felsefe sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi maddi yapısını; yani tüm diğer alt politika ve uygulamalarını dolayısı ile de sektörün yapılanmasını belirlemektedir. Örneğin; birinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetini kamu eliyle (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken, hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini

benimsemektedir. İkinci seçenekten yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme veya özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda da özel örgüt ve kuruluşları yeğlemektedir” (Akdur, 2000:7).

DSÖ ile ortak hedeflere sahip olan ve politik olarak karma ekonomik sistemden liberal politikalara bir geçişin yaşandığı Türkiye’de ise sağlık politikalarının “başlıca hedefleri; sağlık statüsünü iyileştirmek, ulaşılabilirliği ve verimliliği arttırmak, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi ise sağlık sistemlerinin performans ölçümlerine dayalı politika belirlenmesine bağlıdır. Kaynakların optimal kullanılabilmesi, kaynak akışı ile kaynakların sağlık hizmetlerinin kalite ve performansı üzerindeki etkisi hakkında açık ve doğru bilgiyi gerektirmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır” (Temür ve Bakırcı, 2008:262,264,265)

2.2. Sağlık Hizmetleri

“Sağlık hizmetleri, gerek teknolojik düzey ve gerekse hizmet sunma biçim ve anlayışı yönünden sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmuştur. Bu gelişim ve değişimde, bilimdeki gelişim ve birikimle birlikte (bilimsel dinamik), toplumların içinde bulunduğu üretim ilişkileri ve düzeyi (toplumsal dinamik) belirleyici bir rol oynamıştır” (Akdur, 2008:7).

“Sağlık hizmetleri tanım olarak, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000:34). Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır” (Yağmur, 2007:62).

“Sağlık hizmetleri, çeşitlilik göstermesi ve insan hayatının kalitesi ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle yönetim açısından özellikleri olan bir alandır” (Hayran ve Sur, 2005:19). Sağlık hizmetleri aynı zamanda;

“-Kamusal özellikli olan,
-Çeşitli dışsallıklar barındıran,
-Yararlı mallar (erdemli mallar) statüsünde konumlandırılan,
-Devlet müdahalelerine açık olan,
-Belirsizlik altında seçimin söz konusu olduğu,
-Hizmet sunan sağlık personeli ve hastalar arasında asimetrik bilgilendirme ilişkisinin var olduğu,
-Hastalık riskinin ve tüketimin önceden belirlenemediği,
-Yetersiz tüketiminin tüm toplumu etkilediği kendine özgü bir alandır” (Işık, Mutlu, 2005:45,49).

“Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere dört ana grupta toplanmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar ürettikleri sağlık hizmetlerinin türüne göre farklılaşırken bununla birlikte büyük bir bölümü dört grupta toplanan sağlık hizmetlerini değişik düzeyde üretmektedirler” (Kavuncubaşı, 2000:34). “Örneğin, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetiminde, topluma yönelik ve sektörler arası işbirliğini gerektiren bir dizi yönetsel faaliyet gerekirken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde, otelcilik hizmetlerinin yanı sıra, poliklinik, laboratuvar, röntgen, ameliyathane hizmetleri gibi geniş yelpazedeki yönetim çeşitliliği sağlık hizmetlerinin yönetimini karmaşık hale getirmektedir” (Hayran ve Sur, 2005:19).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

“Kişiye ve çevreye yönelik olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık evi, işyeri reviri, sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Dispanser gibi kurumlar, daha çok ayaktan olarak tabir edilen birinci basamak tedavi hizmet sunumunun gerçekleştirilmesine de katkıda bulunmaktadır” (Kavuncubaşı, 2000:34). Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde iki bölümde incelenmektedir;

“1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok

ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü bu başlık altında toplanır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler;

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle savaş)
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaştır.

Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılağı üzere çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğler sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubudur. Sağlık sektörünün bu konudaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir.

2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Başlıcaları,

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık Eğitimi

Hizmet tanım ve türlerinden de görüleceğı üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık sektör personeline yürütölen hizmetlerdir” (Akdur, 2008:5,6).

2.2.2. Rehabilitasyon Hizmetleri

“Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiğı bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Söz konusu hizmetler, eşgüdömlü ve bütönlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğıunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır” (Kavuncubaşı, 2000, s.34). “Yataklı

veya günübirlik olarak sağlanan rehabilitasyon hizmetleri Tıbbi ve Sosyal Rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır” (Akdur, 2008:6);

“1.Tıbbi Rehabilitasyon: Kaybedilen organ veya vücut uzvu yerine protez takılması veya g  s zle en organın, fizik tedavi vb. yöntemlerle, yeniden güçlendirilerek kişinin günlük i lerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulması türünden çalışmalarıdır.

2.Sosyal Rehabilitasyon: Fizik ve psikolojik hasarlı kişilerin, bu durumlarına uygun i e yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmalarıdır. Hizmet tanım ve türlerinde de anlaşılacağı üzere, tıbbi rehabilitasyon sağlık sektörünce y r t len hizmetlerdendir. Sosyal rehabilitasyon ise, sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülür.”

2.2.3. Saėlėın Geliştirilmesi Hizmetleri

“Temel sorumluluğu bireylere yüklenen hizmetlerdir. Bu sayede bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam s resinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Bugün birçok hastalėın bireylerin yaşam tarzlarından alışkanlıklarından kaynaklandėı bilinmektedir. Saėlėın geliştirilmesi de bireyi odağına alarak kapsamını geni letmekte sağlık eğitimi disiplini de içine alacak şekilde çevreyi, ulusal ve uluslar arası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir” (Kavuncuba ı, 2000:34).

“ ok fazla gündeme gelmeyen bir başka tasnife göre ise sağlık hizmetleri fertlerin sağlık statüleri ile irtibatlandırılarak ele alınmaktadır. Buna göre, insanların sağlık statülerinin korunması ve geliştirilmesi konusunda kesin bir ölçü söz konusu olmamakla birlikte, sağlık statüleri hayat boyunca çeşitli sağlık hizmetleri ile fertlere yapılan müdahalelerle korumaya ve geliştirilmeye çalışılmakta ve nihayet ölümle son bulmaktadır” (Kurtulmu , 1998:84-85).

2.2.4. Tedavi Hizmetleri

“Sağlık durumunda bozulma görülen kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmaları için sunulan sağlık hizmetleridir. G n birlik ve yataklı olmak üzere iki ana grupta toplanan tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere sınıflandırmaya

tabi tutulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri daha önce de belirtildiği gibi günübirlik (ayaktan) tedavi hizmetlerini içerirken, ikinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır.     nc  basamak tedavi hizmetleri ise  niversite hastanesi gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetleridir” (Kavuncubaşı, 2000:34). Tedavi hizmetlerinin verildiği yerler baŗta hastaneler olmak üzere sağlık kuruluŗlarıdır. Aŗađıda sağlık kuruluŗları ve hastanelerin yapı, süreç ve çıktılarına dair  eŗitli özelliklerinden bahsedilmekte ve Sağlık kuruluŗlarında Dengeli  l  m Kartı uygulamaları hakkında bilgiler verilmektedir.

2.3. Sağlık Kuruluŗları ve Hastaneler

2.3.1 Sağlık Kuruluŗları

“Sağlık Kuruluŗları kategorizasyonu konusunda yaygın olarak kabul edilen yaklaŗım gereği, koruyucu, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın geliŗtirilmesi olmak üzere dört ana grupta toplanmıŗ sağlık hizmetlerini sunan sağlık kurumları da birbirlerinden farklılıklar göstermekte, yapısal, sürece ve çıktıya dair özellikler barındırmaktadırlar.

Buna göre **yapısal** olarak” (Kavuncubaşı, 2000:34);

“-Sağlık kurumlarında uzmanlaŗma seviyesi çok yüksektir,

-Sağlık kurumlarında iŗlevsel bağımlılık çok yüksektir,

-Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kiŗilerden oluŗur,

-Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluŗturan hekimler üzerinde tam etkili olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmamıŗtır,

-Hastaneler baŗta olmak üzere tüm sağlık kuruluŗlarında ikili otorite hakkı bulunmaktadır ve bu durum eŗg d mleme, denetim ve  atıŗma sorunlarına yol açabilmektedir.

Süreçle ilgili olarak;

-Sağlık iŗletmelerinde yapılan iŗler oldukça karmaŗık ve deđiŗkendir,

-Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir,

-Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.

Ve **çıkıtı**yla ilgili olarak da

-Çıkıtının tanımlanması ve ölçümü güçtür.”

Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinin olması, sağlık hizmet sunumunun ana aktörü konumundaki, başta hastaneler olmak üzere sağlık kurumlarının birtakım ayırt edici özelliklere sahip olması sonucu doğurmuştur (Yağmur, 2007:62).

2.3.2.Hastaneler

“Birer yataklı sağlık işletmesi olarak hizmet veren hastaneler, sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının üretildiği kurumlardır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne göre hastane; “hasta ve yaşlıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak izleme, muayene, teşhis tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır” şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır” (Kayral, 2012:52,53).

Hastaneler sağlamış olduğu hizmetlerin yani sıra toplum bilincinin sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan gelişmesinde de önemli pay sahibidir. Nüfus artışı, teknoloji gibi etmenler farklı ihtiyaçların doğmasına, hastane tipolojisinin genişlemesine ve değişmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle hastane tanımı günden güne değişmektedir. Bu değişim artık sadece tıbbi ilerlemelerin ötesinde, mekânsal ihtiyaçlar ve işlevsel faaliyetler olarak kendini göstermektedir. Günümüzde hastanelerde sosyal tesis anlayışı gelişmekte, hastane kurumunun sadece hasta bakım ve iyileştirme görevinin yanı sıra toplumsal faaliyetlerinde yaşandığı bir karmaşık bir yapı haline geldiği görülmektedir (Yılmaz, 2012:5,6).

“Hastanenin girdileri, maddi, mali ve beşeri kaynaklardan oluşmaktadır. Tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getiren hastaneler aynı zamanda tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüttür” (Kayral, 2012:53).

“Hastane endüstrisinde faaliyet gösteren hastane sistemleri açık fakat çok karmaşık bir sistem özelliği göstermektedir. Hasta hastaneye girdiğinde hem iç hem de dışsal birçok göreve başlamaktadır. İçeride, hasta kabul görevlileri, hekimler, hemşireler, beslenme uzmanları, ev idaresi görevlileri gibi bir kısmı isim olarak sıralanan birçok iç ilişkilerle karşılaşmaktadır. Dış sistem olarak da arkadaşlar, akrabalar ve sigorta kurumları tarafından çevrilir ve hükümet düzenlemeleri, ruhsat kuralları ve toplumdan etkilenmektedirler” (Karakoç, 2011:4).

“Tedavi hizmetleri koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri eğitim ve araştırma gibi temel işlevlere sahip hastaneler;

-**Mülkiyet**, (Sağlık Bakanlığı, MSB, Tıp Fakülteleri, Azınlık Hastaneleri)

-**Eğitim Statüsü**, (Hekimlerin Uzmanlık Eğitimi Veren ve Vermeyen olmak üzere ikiye ayrılır)

-**Hizmet Türü** (Genel Hastaneler ve Dal Hastaneleri)

-**Büyüklik** (Başlıca Büyüklik Ölçütleri Yatak Sayısı, Personel Sayısıdır)

-**Hastaların Yatış Süresi** (Akut Bakım Hastaneleri 30 günden daha kısa süre yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisiyle ilgilenirken, Kronik Bakım Hastaneleri 30 günden fazla yatış gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadır. Akıl ve Ruh Sağlığı Hastaneleri, Kemik Hastalıkları Hastaneleri kronik bakım veren hastanelere örnektir)

-**Akreditasyon Durumu** (Hastaneler Akredite Edilen ve Akredite Edilmeyen Hastaneler olarak da sınıflandırılmaktadırlar)

-**Dikey Bütünleşme Basamağı** (Birinci Basamak –Ayaktan-, İkinci Basamak –Kısa Süreli Yataklı Tedavi Hizmeti Verenler-, Üçüncü Basamak –Gelişmiş Teknolojik Donanıma Sahip Hastaneler olmak üzere çeşitli sınıflara ayrılmaktadır” (Kavuncubaşı, 2000:76,77,78).

“Hastaneler tanımlanırken zorunlu olarak işlevlerinden de söz edilmiştir. Günümüzde bu işlevler genellikle, "hasta ve yaralıların tedavisi", "eğitim", "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma (koruyucu sağlık hizmetleri)" olarak sınıflandırılmaktadır” (Seçim, 1991:9).

2.3.2.1.Hastane Organizasyonu ve Özellikleri

“Yüzyıl öncesinin hastane tasarımı; küçük boyutlu, doğal havalandırmalı, gün ışığından faydalanan, tatlı suya erişilebilir ve çevresiyle uyumlu olarak tanımlamak mümkündür. Günümüz hastaneleri ise, 60.000 m²’lik alanları kaplayabilen, hastane yapısının ancak %10’unun pencerelerden oluştuğu, her yıl 5 milyon ton atık üreten, büyük miktarlarda su gerektiren ve enerji kullanan, günde 24 saat ve haftada 7 gün çalışan yapılar haline gelmiştir” (Terekli, 2013:40).

“Tıp biliminin çeşitli uzmanlık dallarına ayrılarak gelişmesi, tıp teknolojisinde yeni buluşların uygulanmaya konulması ve çağdaş insanlara özgü bir takım yeni hastalıkların ortaya çıkması, hastanelerin organizasyon şekillerini ve bu organizasyon yapısını oluşturan unsurları önemli ölçüde etkilemiştir. Amaç ve görevlerine göre bölünmemiş bir hastanede her sağlık hizmetine ayrılmış yirmiden fazla alt organizasyon birimi bulunmaktadır” (Yalçın ve Arkadaşları, 2011, s.86). William D. Dowling, hastanelerin çağdaş sağlık kuruluşları haline gelmelerini sağlayan faktörleri şu şekilde sıralamaktadır (Kavuncubaşı, 2013:37);

- “1. Tıp bilimindeki gelişmeler
2. Tıp Teknolojisinin gelişimi
3. Hemşireliğin gelişmesi
4. Tıp eğitimindeki gelişmeler
5. Sağlık sigortasının gelişimi
6. Hükümetlerin rolünün artması”

Tarihsel gelişimi ve zamanla yaşanan değişimler sonrası günümüz hastane organizasyonlarına özellikleri şu şekilde belirtmek yanlış olmayacaktır; Buna göre;

“Hastaneler birer hizmet organizasyonudur; Hastaneler müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır. Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan (Koruyucu Sağlık Hekimliği) fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için, hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır” (Seçim, 1991:19,20).

“Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir; Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonlara göre en karmaşık olanıdır. Mesleki örgütlerin, kamu kuruluşlarının ve sigorta şirketlerinin hastaneler üzerinde önemli etkileri, çok sayıda farklı hastalıklardan şikayetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizlik, hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin, acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bazılarıdır. Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır. Hastaneler ve benzeri tüm sosyal sistemler, girdilerini çevreden aldıkları ve çıktılarının önemli bir kısmını çevreye verdikleri için, bu açıklık kısmen zaten vardır. Böylece açık-dinamik sistem; çevreden aldığı girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek elde edilen çıktıları yine çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistem olarak tanıtılmaktadır” (Toraman, 2014:1).

“Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır; Matriks organizasyon yapısı, tarifi icabı, iki ayrı tür ilişki üzerine inşaa edilmiş bulunmaktadır; Dikey ve yatay ilişkiler. Diğer organizasyon yapılarında dikey ilişkiler (emir-komuta ilişkileri) esastır, yatay ilişkiler istisnadır ve uygulaması özel şekilde tarif edilmiştir. Buna karşılık matriks yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve biri diğerine üstün değildir. Matriks yapıda projenin tamamlanması sorumluluğunu üstlenen “Proje Yöneticisi”, fonksiyonel bir yapı içindeki uzmanlık birimleri ile yatay bir ilişki içine girmektedir. Yani bu birimlerin, uzmanı oldukları konularda, projeye katkıda bulunmalarını sağlamaktadır” (Koçel, 2003:323).

“Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir. Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinde sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Örneğin; Bir hastanın tedavisinde yalnızca hekim ve hemşire yer alabilirken, başka bir hastanın tedavisinde hekim, hemşire, ameliyathane ve fizik-tedavi ve rehabilitasyon bölümü personeli de sosyal hizmet uzmanı da yer alabilmektedir. Uygulanan tedavi "şahsileştirilmiş tedavi" olduğundan, her hasta hekim için projedir: Projenin sorumlusu ve yöneticisi de, hastanın hekimidir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise hizmetin, yürütülmesi açısından hekime tedarik ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur. Bu bakımdan, matriks organizasyonun iyi işleyebilmesi için sorumluluk ve yetki alanlarının çok net şekilde belirlenmesi, bu yapıya uygun, tutum ve davranışların geliştirilmesi gerekmektedir” (Korkmaz, 2008:41).

“Hastaneler Günde 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır; Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır. Özellikle gece çalışan personelin kişiler arası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanenin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşımaktadır” (Kırcı, 2013:46).

“Hastaneler Personelinin Önemli Bir Kısım Bayanlardan Oluşan Organizasyonlardır;

Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü, yaklaşık üçte birini bayanlar oluşturmaktadır. Bayan personelin bir özellik olarak ele alınmasının sebebi, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. Akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışılıyor olunması, özellikle bayan personel için bazı problemlere sebep olmaktadır. Sözgeşi, ulaşım zorlukları, çocuklarının bakımı, evli çiftler arasındaki huzursuzluklar bunlardan bazılarıdır. Bu yüzden evlendikten sonra görevden ayrılmalar sıkça yaşanmaktadır ve buna bağlı olarak personel devir hızı

yükselmektedir. Hizmetlerin aksamadan yürütülebilmesi için hastanelerde bu hususun dikkate alınması gerekmektedir” (Seçim 1991:26,27).

2.3.2.2. Örgütsel Açıdan Hastanelerin Özellikleri

“Türkiye’de hastane örgütlerinin yapısı hastanelerin bağlı bulundukları kurumun yasal mevzuatına göre belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne, özel hastaneler ise Ticari Kanun Hükümler ve Sağlık Bakanlığı yasal düzenlemelerine göre faaliyette bulunmaktadır “(Danacı, 2010:36). Nitekim rollerine ve finansal kaynakların türüne, diğer bir deyişle mülkiye türüne göre devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastaneler olmak üzere farklı sınıflandırmalara tabi tutulan hastaneler, kendilerine has birtakım ayırıcı özellikler taşımaktadır.

2.3.2.2.1 Devlet Hastanelerinin Özellikleri

Devlet hastaneleri, “Sağlık Bakanlığı’nın üst seviyede planlayıcılık ve kural koyma işlevi misyonu yüklenmesi ve bakanlığın sistem içinde düzenleyici ve denetleyici bir konuma yükseltilmesi ve uygulamaya yönelik görev yükünün adem-i merkezietçi bir yapı içinde yürütülmek üzere yerel yönetim kuruluşları ve yerinden yönetim birimlerine devredilmesi ve doğrudan vatandaşa hizmet veren sağlık kuruluşlarının, ağırlıklı olarak hastanelerin “idari ve mali yönden özerk işletmeler” haline dönüştürülmesi amaçlarına uygun bir şekilde kamu hastane birliklerine bağlanmıştır” (Köse, 2014:220,221).

Devlet Hastanelerinin özerk statüdeki Kamu Hastane Birliklerine bağlanmasıyla politika koyucuların hedefi, daha önce “hizmet planlama, uygulama, karar verme ve kaynak tahsis etme gibi konularda, yetkileri yalnızca merkezi yönetim olarak Sağlık Bakanlığı’nda toplamaktan kaynaklanan sorunların önüne geçmek olarak ifade edilmektedir” (Danacı, 2010:42). Bu birliklere getirilen eleştirilerin temelinde ise, “genel olarak merkezi yönetim, yerel yönetim, özerklik, kamu hizmeti, üniter devlet ve ulusal güvenlik noktalarında toplandığı görülmektedir” (Ateş, Kırılmaz, 2010:224).

Getirilen bir başka eleştiri ise “ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin de özelleştirilmesiyle, Sağlık Bakanlığı hiyerarşisi altında örgütlenmiş bulunan kamu sağlık örgütlenmelerinin sağlık hizmetini bir “kamu hizmeti” olarak sunması durumuna son verilmesini amaçladığı görüşüdür” (Ataay,2007:4).

“Birlikler yapı itibariyle Sağlık Bakanlığı ile “ilgili kuruluş” statüsünde bir ilişkiye sahip olup birden fazla ili müteşekkil olabildiği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilmesi söz konusu olabilmektedir. Ayrıca Bakanlık, sağlık hizmetleri ve yatırımlarının müştereken planlanması ve işbirliğinin geliştirilmesi amacıyla, belirleyeceği birden fazla birliği bir araya getirerek istişarî nitelikte kararlar alabilen birlikler koordinatörlüğü de oluşturabilmektedir. Tasarıya göre Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır” (Ateş, Kırılmaz, 2010:225).

“Birliğin karar organı Yönetim Kurulu, yürütme organı da Genel Sekreterlik makamıdır. Yönetim Kurulu, ikisi il genel meclisi tarafından (biri hukukçu, biri de mali müşavir), biri vali tarafından (iktisat, işletme ya da maliye eğitimi almış olmalıdır), ikisi bakanlık tarafından (biri tıp hekimi, diğeri de sağlık sektöründe deneyim sahibi, üniversite mezunu olmalıdır), biri de Sanayi ve Ticaret Odası’na (üniversite mezunu olmalıdır) belirlenen üyelerle İl Sağlık Müdürü’nden (ya da yardımcılarında biri) oluşmaktadır” (Ataay, 2007:4).

2.3.2.2.2 Üniversite Hastanelerinin Özellikleri

Üniversite Hastanelerinin en temel ayırıcı özelliği, hizmet sunucusu olarak “katma bütçeden, döner sermayelerden ve bünyesindeki vakıf ve derneklerden elde ettikleri bağış ve gelirlerle harcama yapmalarıdır. Üniversite Hastaneleri, Türk sağlık sisteminde hizmet sunumu bakımından önemli role sahip katma bütçeli kuruluşlardan üçüncü basamak sağlık hizmeti de sunmaktadırlar. 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu’nun 3. Maddesi’nde, uygulama ve araştırma merkezleri olarak tanımlanan üniversite hastaneleri, hem sağlık sorunlarının çözümünde rol almakta hem de tıp eğitimi vermektedir” (Can, İbicioğlu, 2008:262,263).

Yönetim modeli açısından farklılıklar gösteren üniversite hastaneleri, hastane işleyişi ile ilgili kendilerine özgü yönetmeliklere sahiptir. Kendi aralarında dahi yönetmelik ve uygulamaların farklılar içerdiği, “bazı üniversite hastanelerinde ise

işleyişi düzenleyen herhangi bir yönetmeliğin var olmadığı görülmektedir. Genellikle tıp fakültelerinin himayesinde yönetilen hastanelerde yönetim işlevi doğrudan dekanlar ve fakülte yönetim organları kararı ile yürütülmektedir” (Danacı, 2010:37).

“Türkiye’de üniversite hastanelerinin seçilmesindeki en büyük faktörün ise, doktorların ilgili davranmaları ve yapılan tetkiklerin detaylı olması olduğu vurgulanmaktadır” (Büyüksavaş, 2010:20).

2.3.2.2.3. Özel Hastanelerin Özellikleri

Türkiye’de ilk kez 1933’te yayınlanan 2219 sayılı Hususi Hastaneler kanununda hususi hastane olarak kendine yer bulan özel hastane kavramı, aynı kanuna dayalı tüzük ve yönetmelikte ise özel hastane tercihi ile günümüze kadar gelmiştir. “1980’lerle birlikte özel sektör, poliklinik ve dispanserler kurarak sağlık alanına ilgi göstermeye başlamıştır. 1990’lı yıllarda ise hızlı liberalleşme anlayışının bir sonucu olarak özel hastanelerin sayısında artış gelmeye başlamıştır. Yeni anlayışın yaşama geçirilmesi sürecinde 1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ile Özel Hastaneler Tüzüğü (Resmi Gazete,1983) hükümleri yetersiz kalmış ve aksaklıklar ortaya çıkmıştır. Söz konusu aksaklıkları bertaraf etmek ve özel hastanelere kolaylık sağlamak amacıyla sonraki süreçte Özel Hastaneler Yönetmeliği çıkarılmıştır” (Kerman ve diğ., 2011:94-95). “Özel Hastaneler Yönetmeliği’ne göre özel hastane; gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup, ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbî müdahale, ameliyat, tıbbî bakım ve diğer tedavi hizmetleri verilen ve en az on yatak kapasitesi olan tedavi kuruluşlarıdır” (Özgülbaş ve diğ., 2008:121).

“Özel hastanelerin örgüt yapısı ve yönetiminde belirli bir format yoktur. Günümüzde, özel hastaneler, yapılarını güçlendirmek için profesyonel hastane yöneticiliğini ve işletmeciliğini uygulamaya başlamışlardır. Özel hastaneleri diğer hastanelerden ayıran en belirgin özellik, özel mülkiyetin söz konusu olmasıdır. Bu nedenle hastane yönetimi kamu denetiminden bağımsızdır ve özel hastane hizmetlerinden yararlanmak isteyen hastalar satın aldıkları hizmetler karşılığında ödeme yapmak zorundadır. Günümüzde, özel hastaneler yaygınlaşan piyasa yapılarıyla hem sağlık sigortası şirketleriyle hem de kamu otoriteleriyle yaptıkları sözleşmeler aracılığı ile sigortalı hastaların da bakımını üstlenmektedirler” (Danacı, 2010:45).

“Kamu hastanelerinde ilk sırada yer alan sosyal sorumluluk, özel hastaneler için ikinci hatta üçüncü sırada yer almaktadır. Bundan dolayı, hastanenin faaliyetlerini yürütürken toplumun çıkarlarını gözetmesi olarak tanımlanan sosyal sorumluluğun bir anlamda karlılık ile çatıştığı iddia edilmektedir” (Büyüksavaş, 2010:8,9).

Sağlık hizmetleri yönetimi literatürüne katkıda bulunan Foss ve Fine ise hastanelerin toplumlarına karşı halk sağlığını geliştirme açısından sosyal sorumlulukları olduğunu ifade etmektedirler. Foss ve Fine, toplumun sağlık seviyesini anlamının 21. yüzyılda sağlık yöneticileri ve çalıştıkları sağlık kurumları için başarı faktörü olduğunu, planlama, organize etme ve topluma hizmet sunma faaliyetleri için öncelikle toplumun sağlık statüsünü anlamaları gerektiğini savunmaktadırlar. Toplum sağlığıyla meşgul olmak dışında, hastanelerin yapması gereken diğer önemli faaliyetin, kurumsal performans değerlendirmesi yapması ve Dengeli Ölçüm Kartı gibi yeni yaklaşımlar ve araçlar uygulaması olduğu düşünülmektedir (Olden, Smith, 2008:40).

2.4. Sağlık Kuruluşlarında Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) Uygulamaları

“Günümüzde Dengeli Ölçüm Kartı’nı stratejik yönetim aracı olarak kullanan ve kullanmaya başlayan çok sayıda hastane bulunmaktadır. Dengeli Ölçüm Kartı kullanımının hastane işletmelerinde hızlı bir şekilde artmakta olduğunu belirten Takahashi tarafından Japonya’daki hastanelerde gerçekleştirilen çalışmada, hastane yöneticilerinin %38’inin Dengeli Ölçüm Kartı’nı stratejik yönetim aracı olarak biraz etkili, %45’nin etkili ve %5’inin de çok etkili olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Yine birçok sağlık uzmanı ve danışmanı, stratejik yönetim aracı olarak Dengeli Ölçüm Kartı’nın kullanılmasının gerekliliğini savunmaktadır” (Yıldız ve diğ., 2013:92).

Chow ve arkadaşlarına (1998) göre, Dengeli Ölçüm Kartı’nın sağlık hizmeti veren organizasyonlara yaptığı katkılar üç sebebe bağlanmaktadır: İlki; Dengeli Ölçüm Kartı’nın hizmet sektöründeki kuruluşlarda başarılı bir şekilde uygulanmakta olması. İkinci neden, bütün bir performans ölçütü seti geliştirme yaklaşımıdır, diğer bir ifade ile birtakım performans ölçütü setinden oluşan bütünleşik bir yaklaşım

geliştirmektir ki bu durum da organizasyonu bütünsel bir tarz içinde gözden geçirmekle tutarlı ve ilgi çekicidir. Üçüncü neden ise; üst düzey sağlık yöneticilerinin organizasyonları için bu yaklaşımı uygulamaları büyük bir potansiyel değer olarak gördüklerine dair bir rapor anketine katılmalarıdır (Bardak, 2011:52).

Hastanelerde Dengeli Ölçüm Kartı ölçümleri girdi (personel, hizmetler, sarf malzemeleri, ekipman, bina özellikleri), çıktı (verilen hizmetler, örneğin akut ve isteğe bağlı hizmetler, profesyonel danışmanlık, eğitim) ve sonuçlara (girdi ve çıktı sonuçları, sağlık durumu, sakatlık, sürekli bakım sonuçları) odaklı bir şekilde yapılabilmektedir. Bir hastanenin örnek girdi, çıktı ve sonuçları aşağıdaki Tablo 2.1’deki gibidir (Walker, Dunn, 2006:89-90);

Tablo 2.1: Bir Hastanenin Örnek Girdi, Çıktı ve Sonuçları

Hizmet	Çıktı	Sonuç
Ortopedi	Kalça protezi ameliyatı	Geliştirilmiş hareketlilik, azaltılmış acı
Kadın doğum	Canlı doğum	Sağlıklı çocuk ve anne
Patoloji	Teşhisle ilgili test sonuçları	Doğru teşhis, etkili tedavi
Mühendislik	Önleyici bakım	Arızadan kaynaklı zamanı azaltmak, azaltılmış operasyon maliyetleri
Mali hizmetler	Finansal raporlar	Etkili finansal yönetim

Kaynak: Improving Hospital Performance and Productivity with The Balanced Scorecard

“Hastane işletmelerinin ve sağlık endüstrisinin özelliklerinden hareketle sağlık kalitesi, klinik çıktıları ve erişim gibi, hastane işletmeleri için önem arz eden örnek göstergeler Dengeli Ölçüm Kartı boyutları olarak kullanılabilir. Bunlardan biri, “Hospital Report 1999” isimli raporda Ontario Acute Care Hospitals için geliştirilen Dengeli Ölçüm Kartı’da finansal performans, hasta memnuniyeti, klinik kullanımı ve çıktıları ve sistem entegrasyonu ve değişim boyutları olarak ifade edilmiştir” (Yıldız ve Diğ., 2013:96).

“Potthoff ve arkadaşları ise uzun süreli bakım organizasyonlarının oluşturduğu Dengeli Ölçüm Kartı’nın “gelişme ve toplum odaklı”, “insan kaynaklı” ve “bakım ve hizmet kalitesi” perspektiflerini içerdiğini belirtmişlerdir. Mayo Klinik ise, Dengeli

Ölçüm Kartı'nı işletme prensipleri içinde karşılıklı saygı, farklılıklar ve sosyal hükümler çerçevesinde düzenlemiştir. Bazı organizasyonlar ise Dengeli Ölçüm Kartı'nın temel yapısını değiştirmiştir. Rimar Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde müşteri perspektifinin en başa getirildiğini ve Dengeli Ölçüm Kartı'nın zirvesine oturtulduğu görülmektedir. Zelman ise Dengeli Ölçüm Kartı'nı, akademik sağlık merkezlerine sağlık endüstrisinin araştırma, öğretim ve diğer kendine has tipik özelliklerini belirtmek için uygulamaktadır” (Tarım, 2004:241). Tablo 2.2’de sağlık kuruluşlarında ve endüstrisinde kıyaslamalı çalışmalarda kullanılan farklı Dengeli Ölçüm Kartı Modeli ve Perspektifleri gösterilmektedir.

Tablo 2.2: Kıyaslamalı çalışmalarda kullanılan 10 farklı Dengeli Ölçüm Kartı (Balanced Scorecard) Modeli ve Perspektifleri

Model	Perspectives	Author(s)
Genel BSC Modeli	1.Finansal, 2. Müşteri, 3. İç iş süreci, 4.Öğrenme ve geliştirme.	Kaplan and Norton, 1992
Kanada Modeli	1. Sistem Entegrasyonu ve değişim, 2. Hasta memnuniyeti, 3. Klinik Kullanımı ve Sonuçlar, 4. Mali performans ve durum.	Canadian Institute for Health Information, 2007
Barberton Citizens Hastanesi Modeli	1. İnsanlar, 2. Hizmet, 3. Kalite, 4. Finans, 5. Geliştirme	Josey & Kim, 2008
Hollanda Modeli	1. Müşteri, 2.Finansal, 3. İç iş süreci 4.İnovasyon.	Asberoek, et al. 2004
Singapur Hastanesi Modeli	1. Müşteri; 2. Tedarikçi; 3. Süreç; 4. Bilgi teknolojisi sistemi; 5. Öğrenme ve Geliştirme; ve 6. Tümü	Kumar, Ozdamar, 2005
NHS Performans Değerlendirme Çerçevesi	1. Sağlık iyileştirme, 2.Adil erişim, 3. Uygun sağlık hizmetinin etkili sunumu, 4. Verimlilik, 5. NHS’de Hasta deneyimi, 6.Health outcomes of NHS health care. NHS sağlık hizmetlerinin sağlık sonuçları	Chang, 2007
Avrupa WHO modeli	1. Klinik etkinlik, 2. Güvenlik, 3. hasta merkezçilik4. Üretim verimliliği, 5. Personel oryantasyonu, 6. Duyarlı yönetim.	WHO Avrupa Ofisi 2003; VEILLARD, et al. 2005
NHS Vakıfları için performans değerlendirme	1. Klinik odaklanma, 2. Hasta odaklılık, 3. Kapasite ve yeteneklere odaklanmak.	Snelling, 2003; Patel, chaussalet, Millard, 2008

St. Luke's Hastanesi	1. Finansal, 2. Müşteri memnuniyeti, 3. Büyüme ve Gelişme, 4. Klinik ve idari kalite, 5. İnsanlar.	Olden & Smith, 2008
İran Sağlık Bakanlığı	1. Hastalar ve Müşteriler, 2. Financial, 3. İç iş süreçleri 4.Öğrenme ve Geliştirme.	Begloo, 2008
ISSO hastanesinin önerilen modeli	1. Klinik sonuçlar, 2.Hastalar, 3.İç Süreçler, 4.Finansal, 5.Çalışan geliştirme	

Kaynak: Amir Ashkan Nasiripour, Mohammad Ali Afshar Kazemi, Ahmadreza Izadi
Designing a hospital performance assessment model based on balanced scorecard, HealthMED - Volume 6 / Number 9 / 2012

Dengeli Ölçüm Kartı “modelinin geliştirilmesi için üst ve orta yönetimin ve çalışanların bu işe zaman ayırması, danışmanlık ücretleri, işletme ve klinik bilgi sistemleri, yeni yazılım paket programları, intranet ve internet, iç ve dış pazar araştırmaları için kaynak ayrılması gerekmektedir. Dengeli Ölçüm Kartı’nı ilk uygulayan sağlık organizasyonlarının ellerinde örnek model olmamasından dolayı, hem yönetim kurulunu hem de hekimleri ikna etmeleri güç olmuştur” (Tarım, 2004:242).

Yang ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, Dengeli Ölçüm Kartı’nın kar amacı gütmeyen hastanelerde uygulanabilmesi için 17 kritik aşamanın geçilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bunlar (Bardak, 2011:53-54);

1. Dengeli Ölçüm Kartı için amaçları belirlemek ve geliştirmek,
2. Kriterlerin seçimi için uygun bir organizasyon birimi seçmek,
3. Üst düzey liderlik desteği ve sponsorluk kazanmak,
4. Dengeli Ölçüm Kartı ekibini kurmak,
5. Dengeli Ölçüm Kartı proje planının hazırlanması,
6. Kapsamlı bir iletişim planı uygulamak,
7. Misyon, vizyon, değer yaratma ve strateji gibi verilerin toplanması ve boyutlara dağıtılması
8. Misyon, değerler, vizyon ve strateji geliştirmek,
9. Kâr amacı gütmeyen kuruluşların strateji sistemini analiz etmek,
10. -14. Dengeli Ölçüm Kartı’nın içeriğini geliştirmeye başlamak ve ortak bir konsensüs elde etmek,

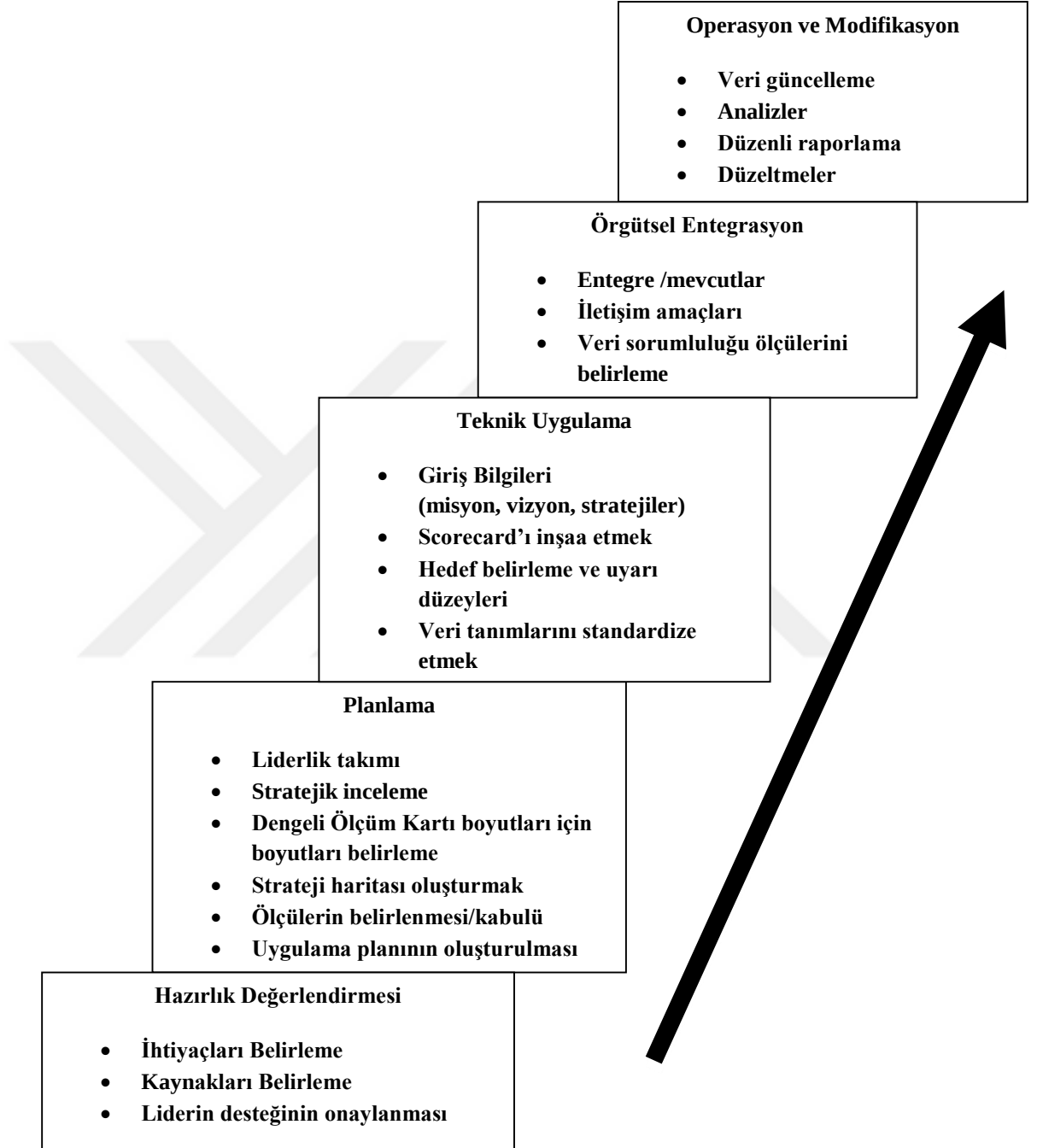
15. Kâr amacı gütmeyen kuruluşların yönetim sistemlerinin içine Dengeli Ölçüm Kartı'nı kademelendirmek,
16. Hedefler için bütçe ayrılması,
17. Uygulamanın ve devam eden Dengeli Ölçüm Kartı planının incelenmesi

Başka bir çalışmada ise bir sağlık kuruluşunda Dengeli Ölçüm Kartı uygulamasında aşağıdaki çalışmaların izlenmesi önerilmektedir(Coşkun, 2009:61)

- Stratejik planlama konulu toplantılar yaparak, hastanedeki tüm çalışanların görüşlerinin alınması ve vizyonun, stratejik amaçların ve hedeflerin belirlenmesi,
- Bir stratejik planlama komitesi kurulması ve hastanenin Dengeli Ölçüm Kartı'nda yer alacak performans amaçlarının belirlenmesi,
- Stratejik planlama planlama komitesinin oluşturulan Ölçüm Kartı'nı hastane çalışanlarının yorumlarına ve onayına sunması,
- Hastane çalışanların yorumlarına göre Ölçüm Kartı'nda düzenlemeler yapılması,
- Düzeltilen Dengeli Ölçüm Kartı'nın hastane çalışanlarına duyurulması ve hastanenin kurumsal amaçlarına uygun olarak çalışanların bireysel Ölçüm Kartlarında oluşturulması,
- Stratejik planlama komitesinin bireysel ve birimsel Ölçüm Kartlarını inceleyerek muhtemel düzenlemeler konusunda uyarılarda bulunması,
- Düzeltilen Ölçüm Kartlarına göre, hastanenin beş yıllık stratejik planın oluşturması. Bu planın ilk yılının bir sonraki yılın faaliyet planı olarak kullanılması,
- Birimsel ve kurumsal performansın her üç ayda bir izlenmesi ve düzeltme gereken alanlarda çalışmalar yapılması,
- Hastane değerlendirme komitesinin, bireysel Ölçüm Kartlarında sonuçlara bakarak yükseltilecek, prim verilecek ve maaşı arttırılacak çalışanları belirlemesi.

Kırsal kesimdeki küçük çapta hastaneler için Dengeli Ölçüm Kartı uygulamasının hangi adımları takip edebileceği ise Tablo 2.3.'de ortaya konmuştur;

Tablo 2.3: Kırsal Kesimdeki Küçük Çapta Hastaneler İçin Dengeli Ölçüm Kartı Uygulaması Adımları



Kaynak: (Balanced Scorecards For Small Rural Hospitals2010, pg:17).

<https://www.ruralcenter.org/sites/default/files/Final%20BSC%20Manual%2010.18F.pdf>

Dengeli Ölçüm Kartı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, farklı farklı yaklaşımların olduğu görülmektedir. Öztürk ve Genç'in yaptığı çalışmada, “müşteri boyutundan hasta ve ailelerinin memnuniyeti, çalışanların memnuniyeti ve çalışan devir hızı ile ölçülmüştür. Finansal boyut ise, hasta sayısı, hasta kullanım şablonları, hasta demografileri ve mali kayıtlar göstergeleri ile ölçülmüştür. İşlevsel boyutu ise, kalite iyileştirme çalışmaları, enfeksiyon oranları ve bekleme zamanları incelenerek ölçülmüştür. Öğrenme ve yenilik boyutunda ise, hastanenin kişi başına kaç saat eğitim verdiği ve iş geliştirme faaliyetleri incelenerek ölçülmüştür” (Yıldız ve Diğ., 2013:96).

“Diğer bir çalışma örneği Pennsylvania Üniversitesi Sağlık Sistemi'dir (UPHS). UPHS'de bakım ve hizmet kalitesini sürekli geliştirme, sağlık sistemi vizyon ve misyonuna bağlıdır. UPHS ölçüm kartları birimlerin ve dolayısıyla bütün organizasyonun yararlanacağı stratejik gelişme önceliği olan ölçümleri içermektedir. Örnek olarak, enfeksiyon kontrolü için ölçüm kartları, hastane kaynaklı enfeksiyon ve bu nedenle bütçeden sapma ölçümleri yapar ki bunlar organizasyonel maliyetleri ve bakımın sağlanmasını etkilemektedir. Ölçüm kartları, enfeksiyon kontrolünü birim ve organizasyon yararı için odaklanarak ve geliştirerek ölçmektedir” (Tarım, 2004:242,243).

“Castaneda-Mendez ve diğ. (1998), hastane işletmelerinde performansı ölçmek için dört boyutlu model önermektedir. Bu model hasta, içsel, öğrenme ve finansal boyuttan oluşmaktadır. Hasta boyutunda; hastalara sağlanan değer, içsel boyutunda; çalışanlara sağlanan değer, öğrenme ve finansal boyutlarında; işletmeye sağlanan değer ölçülmektedir. Hasta boyutunda; yeni sağlık hizmetleri, erişim, koruyucu tıp, klinik çıktılar, hasta ve ailelerinin tatmini sıralamıştır. İçsel boyutunda; çalışanın refahı, çalışanların gelişimi, çalışanın bağlılığı, çalışanın memnuniyeti, hasta odaklı bütünleşme sıralanmıştır. Öğrenme boyutunda ise, kalite geliştirme, yeni hizmetleri kullanan hasta oranı, etkili süreç devir zamanı, etkili öğrenme devir zamanı, yeni hizmetler geliştirme zamanı olarak sıralanmıştır. Finansal boyutta ise, eğer makulse faaliyet temelli maliyetleme, kalite veritabanı maliyeti, değer katan analizler, organizasyon çevirim süresi, yatırımın geri dönüşü, nakit akışı ve davalardan kaçınma sıralanmıştır” (Yıldız ve Diğ., 2013:96).

“280 yataklı acil bakım ünitesi olarak hizmet veren bir hastane kendi Dengeli Ölçüm Kartı'nı oluştururken şu kriterleri uygulamıştır;

Hasta perspektifi (hastaya değer katma): Yeni sağlık hizmetleri, kabul, koruyucu tıp, klinik çıktılar, hasta ve ailelerinin tatmini.

Çalışan perspektifi: Çalışanın gelişimi, çalışanın memnuniyeti, işgücü devir oranının azaltılması, hasta odaklı bütünleşme,

İşletme perspektifi: Kaliteyi geliştirme, etkili süreç devir zamanı, etkili öğrenme devir zamanı, yeni hizmetler geliştirmek için zaman, Dengeli Ölçüm Kartı'nın öğrenme ve büyüme perspektifine uymaktadır. Kalite maliyet verileri, nakit ödemeler, yatırımların geri dönüşü gibi faktörler ise finansal perspektife uymaktadır” (Tarım, 2004:242,243).

“Takahashi (2008) Japonya'daki hastanelerde gerçekleştirdiği çalışmasının sonucunda daha iyi bir hastane yönetimi için finansal, finansal olmayan ve klinik performans göstergeleri arasında dengenin dikkatli bir şekilde sağlanmasının ve her birinin işletme stratejisi ile ilişkilendirilmesinin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Lilian Chan ve Kathy Ho (2000) tarafından Kanada'daki hastanelerde gerçekleştirilen çalışmada, hastane işletmelerinin Dengeli Ölçüm Kartı'nın stratejik yönetim aracı olduğu, organizasyonun vizyon ve stratejileri ile hedeflerler arasında bağlantı kurduğu ve aynı zamanda performans ölçüm aracı olduğu fonksiyonlarına uygun olarak algıladıklarını belirtmiştir” (Yıldız ve Diğ., 2013:97).

Pakdil'e göre, sağlık işletmelerinde, işletmelerin sürece dayalı performans göstergeleri, finansal performans göstergeleri, hastalarla (müşteriler) ilgili performans göstergeleri, çalışanlarla ilgili performans göstergeleri, tedarikçi performansı ile ilgili göstergeler ve tıbbi performans göstergeler gibi farklı alanlardan göstergeler aracılığıyla performans ölçümü yapılabilmektedir (Bardak, 2011:63).

Buna göre söz konusu boyutlarda kullanılabilecek bazı performans göstergeleri Tablo 2.4'te şu şekilde gösterilmektedir (Pakdil, 2007:135-142);

Tablo 2.4: Hastanelerde Kullanılabilecek Performans Göstergeleri

Süreç Performansı İle İlgili Göstergeler		
“Yatak doluluk oranı”	“Yanlış teşhis oranı”	“Fiili Yatak Sayısı”
“Yatak devir Süresi”	“Toplam poliklinik sayısı”	“Personel/fiili yatak sayısı”
“Ortalama günlük hasta sayısı”	“Acil servis başvuru sayısı”	“Personel/dolu yatak sayısı”
“Ortalama kalış süresi”	“Yıllık yatan hasta sayısı”	“Personel/yatan hasta sayısı”
“Ortalama hasta bekleme süresi”	“Toplam yatırılan gün sayısı”	“Personel/hasta günü sayısı”
“Ortalama ameliyat süresi”	“Günlük/aylık/yıllık poliklinik sayısı”	“Personel/teorik hasta günü sayısı”
“Ortalama muayene süresi”	“Günlük/aylık/yıllık poliklinik bazlı tetkik sayısı”	“Doktor başına düşen poliklinik hasta sayısı”
		“Hemşire başına düşen poliklinik hasta sayısı”
Müşteri İlgili Performans		
Hastanelerde Müşteri Memnuniyet Skorları	Müşteri Algılanan Değeri	
Müşteri Bağlılığı	Pozitif Tavsiye Etme Oranı	
Telefon İle Ulaşılan Ayaktan Ve Yatan Hasta Sayısı	Hasta Memnuniyet Puanı	
Hasta Şikayet Sayısı	Tıbbi Tavsiye Bırakan Hasta	
Çalışanlarla ilgili performans		
“Hekim başına düşen hasta sayısı”	“Hemşire başına düşen hasta sayısı”	
“Hekim başına düşen yatak sayısı ve”	“Hemşire başına düşen yatak sayısı”	
“Yanlış ilaç verme”	“İlacı yanlış verme”	
“Yanlış dozda ilaç verme”	“Yanlış hastaya ilaç verme”	
“Gereksiz tıbbi/cerrahi müdahale sayısı”	“Cerrahi komplikasyon sayısı”	
“Ölüm oranı”	“Cerrahide ölüm oranı”	
“Acilde ölüm oranı”	Konsültasyonlar arası uyumsuzluk	
“Okunaksız rapor sayısı”	Hatalı numuneler	
“Yanlış tanımlanan numuneler”		
Tedarikçilerle İlgili performans		
Tedarikçilerin siparişi teslim etme süreleri		
Sipariş edilen ile gelen mal/hizmetin nitelik ve sayı yönünden uyumu		
Tedarikçinin yeni isteklere ve değişime uyum hızı		
Finansal Performans		
“Hasta Günü Maliyeti”	“Yatak Maliyeti”	
“Hasta Maliyeti”	“Poliklinik Maliyeti”	
“Ayaktan Hasta Tahakkuk Yüzdesi”	“Toplam Yatan Hasta Tahakkukları”	
“Toplam Ayaktan Hasta Tahakkukları”	“Toplam Hasta Tahakkukları”	
Net Hasta Geliri	Diğer İşlemsel Gelirler	

İşlem Kar/Zararı	Toplam Net İşlem Geliri
İşlem Dışı Harcamalar	Maaşlar ve Ücretler
Net Kar/ Zarar	Tedarik Harcamaları
Toplam Öz sermaye	Toplam İşlem Harcamaları
Toplam Cari Borçlar	Toplam Kar
Tıbbi Performans Göstergeleri	
Yatan Hasta İndikatörleri “-Hastane enfeksiyonları -Cerrahi enfeksiyonlar -Yatan hasta ölüm oranı -Yeni doğan ölüm oranı -Operasyon öncesi ölüm oranı -Sezaryen oranları -Planlanmamış tekrar kabuller -Acil müdahaleyi takiben plansız kabuller -Özel bakım birimlerine planlanmamış dönüşler -Ameliyathaneye planlanmamış dönüşler”	Acil Bakım İndikatörleri “-72 saat içinde acile planlanmış dönüşler -6 saatten fazla acilde tutulan hasta sayısı -İlk ve son röntgen film raporlarında fark olan acil hasta sayısı -Tedavinin tamamlanmasından önce acili terk eden hasta sayısı -Acil bakım iptalleri”
Psikiyatrik İndikatörler “-Zararlı davranışlar(Yetişkinler) -Planlanmamış davranışlar (Yetişkinler) -Akut bakım birimine transfer edilenler(Yetişkinler) -15 gün içinde tekrar kabuller(Yetişkinler) -Zararlı davranışlar(Erginlik çağı) -Planlanmamış ayrılışlar(Erginlik çağı) -Akut bakım birimine transferler(Erginlik çağı) -15 gün içinde tekrar kabuller (Erginlik çağı)”	Pediyatrik İndikatörler “-Yatan hasta ölüm oranı -Ameliyathaneye planlanmamış dönüşler -Özel bakım birimlerine planlanmamış dönüşler -Acil cerrahiye takiben planlanmamış kabuller -3 saatten fazla acilde tutulan hasta sayısı -Pediyatrik gastroenteritis için yatan hasta sayısı -Pediyatrik astım için yatan hasta sayısı -Pediyatrik bronşit için yatan hasta sayısı”
Uzun Dönem İndikatörleri “-Beslenme -Deri Bütünlüğü -Güvenlik -Psikolojik Sağlık -İleri yönlendirmeler -Hasta kaçışları -Nozokomiyal enfeksiyonlar”	Süreç İndikatörleri “-Sezaryan oranları -Yatan hasta ölüm oranı -Özel bakım birimlerine planlanmamış dönüşler”

Kaynak: Pakdil, Fatma, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği

Gao ve Gurd ise (2006) yaptıkları çalışmada, hastanelerdeki bir Dengeli Ölçüm Kartı uygulaması için kaç ölçü oluşturulması gerektiği konusuna cevap vermenin zor olduğunu, yaptıkları araştırmada bu sayının 13 ile 44 arasında değiştiği sonucuna ulaşmışlardır. Buna göre kar amaçsız hastanelerde dört boyut ve bağlı göstergelerdeki birtakım ölçüler Tablo 2.5’te şu şekilde sıralanmıştır (Gao, Gurd, 2006:10-14).

Tablo 2.5: Kar Amaçsız Hastanelerde 4 Dengeli Ölçüm Kartı Boyutu ve Ölçütleri

Finansal Perspektif	
Göstergeler	
Gelir artışı göstergeleri	Net gelirlerdeki artış, Anahtar hizmet hatta ile büyüme hacmi, Büyüyen fonların miktarı/kaynakları, Alınan sözleşme sayısı, Sözleşmelerdeki artış, Rekabete göre sözleşme sayısı, Yeni kontratlardan elde edilen para miktarı, Hasta sayımı, Rekabet pozisyonu, Pazar payı, Başvuru sayısı ve hizmet kullanımı, Bağışlar, Tesisin geliştirilmesi için toplanan fonlar, Ayaktan tedavi edilen hasta sayısı, Araştırma hibeleri, Ay başına düşen kardiyoloji vakaları
Verimlilik göstergeleri	Kar, Faaliyet kar marjı, Amortisman, net gelir yüzdesi ifadesi olarak amortisman ve giderler, Net gelire göre toplam aktif, Cari oran, Birim karlılığı, Tedarik giderleri ve eczane giderleri, Personel ücretleri, Nakit harcamalardaki indirimler, Genel ilaç yazma, Bütçe Dahilindeki işlemler (fazla mesai, birim harcamaları) , Yatış süreleri, Cerrahi vaka başına ameliyathane tedarik gideri
Müşteri Perspektifi	
Göstergeler	
Hasta Sadakati Yaratma	Sadık hastalar, Tavsiyeyle gelen hasta sayısı, Yenilenen kontratlar
Hasta Memnuniyeti	Hasta memnuniyeti ve birbiriyle ilgili faktörler: hasta tavsiye oranı
	Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler: Hasta bekleme süreleri, Erişim, Doğru tanı oranı, Doğru test oranı, Hastane enfeksiyonları, Taburcu etme zamanları, Planlanmamış geri kabuller, Hastane yemekleri, En iyi girişimlerin sayısı
	Ödeme yapanların memnuniyeti: Sağlık bakım kuruluşlarının memnuniyeti (yeni, yenilenen kontratlar), Paydaşların memnuniyeti (servis kalitesi, şikayetler, kamuoyu)
	Personel Memnuniyeti: Personel memnuniyeti (çalışan memnuniyeti, hekim memnuniyeti, personel tutulma oranı, devamsızlık oranları, devir hızı)
	İmaj ve itibar: İtibar, tavsiye sayısı, toplumun memnuniyeti, toplum desteğindeki artış, bağışlardaki artış
Yeni hasta kazanma	Yeni hasta sayısı, Pazar payı
İç İşlemler Perspektifi	

Göstergeler	
Hasta memnuniyeti	Kalış süreleri, Servis talebi iptal işlemleri, Bekleme süreleri, Taburcu olma, Yeniden kabul etme oranları, Ölüm göstergeleri, Düşen hasta sayısı, Çağrı merkezi cevaplama süreleri, Talebi işleme alma titizliği, Haftalık hasta şikayetleri, 15 dakikada triyaj uygulanan acil hasta yüzdesi; ölüm endeksi, fatura ve tahsilat/kayıt süreleri gibi.
Güvenlik ve Sağlık	Risk yönetimi, örneğin enfeksiyon oranları, hata oranlarını kodlama, doz başına ilaç hataları, mesleki yaralanmalar, ciddi kazalar, kusursuz talimatlar
Verimlilik	Hasta günlük maliyeti, tanı başına maliyet, ürün başına maliyet, vaka başına maliyet, kaynak kullanımı oranı, yatak işgal oranı, Saat başına birim faaliyet, kaynak kullanımı (çıktıların / net işletme maliyetlerinin parasal değeri), kontrata dayalı performans (parasal çıktı değeri/parasal sözleşme değeri)
İnovasyon	Ürün yeniliği, personel eğitimi, Hastane klinik bilgi sistemlerini online olarak kullanan doktor sayısı, personel devir hızı, vb.
Öğrenme ve Gelişme Boyutu	
Göstergeler	
İnsan sermayesi	Personel geliştirme, Eğitim süreleri içirme, Yayınlar, Yıl başına harcanan eğitim bursu, Değişim yönetimi eğitimi alacak klinik personel yüzdesi, yönetim kurulu başkanı / bilgi ve becerileri,
Bilgi sermayesi	Stratejik veri tabanı (kullanılabilirlik, kullanım), iş tasarımı, bilgisayar ağları ve eğitim, anahtar altyapı hedefleri
Sürekli yenilik	Geçmiş beş sene içinde önerilen yeni yeni hizmetlerin sayı ve kalitesi, yeni araştırma projeleri, ortak faaliyetler yürütülen kurum/kuruluş sayısı
Örgüt sermayesi	Personel memnuniyet düzeyleri, çalışan anketi değerlendirmesi, personel devri, personel tutma, personel hastalanma oranları, devamsızlık, liderlik araştırması, lider onay oranı, stratejik ittifaklar, iyileştirme kültürü, iletişim, çalışanların motivasyonunu yükseltmek ve haklarını güçlendirmek (karar vermeye katılım, performans artırıcı faaliyetler)

Kaynak: Gao ve Gurd, Lives in the balance: Managing with the scorecard innot-for-profit healthcare settings

“Bu örnekler bize pek çok sağlık organizasyonunun Dengeli Ölçüm Kartı uygulamasını gerçekleştirdiğini göstermektedir. Ancak uygulamada bazı sorunların olduğunu vurgulamakta da yarar vardır. Bunlardan bazıları şöyle sıralanabilmektedir. Yöneticilerin kısa süreli problemlerin çözümü ile meşgul olup uzun vadeli stratejilere zaman ayıramaması, Dengeli Ölçüm Kartı’nı geliştirmek için fazla zaman harcamaları gerektiğini ve Dengeli Ölçüm Kartı’nın performans boyutları ve ölçüm sonuçlarının tespitinin çok güç olduğunu düşünmeleridir(Tarım, 2004:245).

Dengeli Ölçüm Kartı ülkemiz sağlık kuruluşları ve hastaneleri için yeni bir yönetim uygulamasıdır. Çalışmamız, ülkemiz sağlık kuruluşları ve hastanelerinin

mevcut uygulamaları ve yönetim anlayışları ile Dengeli Ölçüm Kartı'na ne kadar hazır olduklarına odaklanmakta, kamu ve özel sektör hastaneleri özelinde karşılıklı bir analiz esasına dayanmaktadır.”



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DENGELİ ÖLÇÜM KARTI'NIN (BALANCED SCORECARD) ÖZEL VE KAMUYA AİT HASTANELERDE UYGULANABİLİRLİĞİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmayla Yalova'daki özel ve kamuya ait hastaneler ile İstanbul ilinde bulunan bir özel ve bir devlet olmak üzere iki üniversite hastanesinde Dengeli Ölçüm Kartı'nın (Balanced Scorecard) Uygulanabilirliğine yönelik yönetici algısıyla birlikte, mevcut uygulamalarıyla hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı'na ne kadar hazır olduklarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışma, dünyada birçok uluslararası şirkette başarılı sonuçlar veren ve ülkemizde sağlık kuruluşları için henüz yeni bir kavram olan Dengeli Ölçüm Kartı uygulamalarına odaklandığı, bu konuda yönetici değerlendirmelerine yönelik karşılaştırmalı bir çalışma olmadığı, Dengeli Ölçüm Kartı uygulamalarının başarısında gerek şart olan yönetici desteğinin söz konusu hastane yöneticileri nezdinde uygulanabilirliğe yönelik ölçümlere ve hali hazırdaki uygulamaların Dengeli Ölçüm Kartı ile ne denli bir yakınlık içinde olduğunu tespit etmeyi amaçlaması bakımından önemlidir.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini olarak Yalova'daki özel ve kamuya ait hastaneler ile İstanbul ilinde bulunan bir özel ve bir devlet olmak üzere iki üniversite hastanesi seçilmiştir. Tabakalı örnekleme yöntemi ile biri özel ve biri devlet olmak üzere İstanbul ilinden iki üniversitesi hastanesinin seçilmesinin gerekçesi; Yalova'da özel veya kamuya ait üniversite hastanelerinin bulunmayışı, birbirine yakın özellikler barındıran büyük çapta Özel ve Kamuya ait üniversite hastanelerinin Türkiye'de ve bölgede sadece İstanbul gibi büyük bir şehirde varoluşu ile İstanbul'un sağlık ekonomisindeki öncü rolüdür. Buna göre İstanbul ilinde, Kamuya ait üniversite hastanesi olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesinin seçilmesinin nedenleri, İstanbul Üniversitesi gibi köklü bir üniversite bünyesinde olması ve buna bağlı olarak köklü tıp eğitimi ile yüksek düzeyde uzmanlaşmış ileri sağlık hizmeti veren fonksiyonel örgüt yapısı ve sahip olduğu yüksek yatak kapasitesi iken; Özel üniversite

hastanesi olarak Özel Medipol Mega Hastanesi'nin seçilme gerekçesi, araştırma başlarken, bünyesinde bulunduğu dört farklı branştan hastane ile (Genel, Kalp-Damar Cerrahisi, Onkoloji ve Diş Hastaneleri) sahip olduğu yatak kapasitesi, personel sayısı ve SGK anlaşması gibi kriterlerden hareketle Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ile kıyaslanabilecek en uygun özelliklere sahip Özel Üniversite Hastanesi olduğu düşüncesidir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada kullanılan veriler, Yalova'daki özel ve kamuya ait hastaneler ile İstanbul ilinde bulunan bir özel ve bir devlet olmak üzere iki üniversite hastanesi yöneticilerine hazırlanan anketten elde edilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Dengeli Ölçüm Kartı Altyapı Uygunluğu Anketinden yararlanılmıştır. Anket formu, Bardak (2011) tarafından hazırlanan anket temel alınarak Coşkun (2005) ve Bekmezci (2008) ve Kılınç, Mesci, Güler (2008) ve Kırgın (2011), Chang ve arkadaşları (2008), Chen ve arkadaşları (2006)'nın çalışmalarında kullandıkları performans göstergelerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Hastanede Performans Ölçümü Yapmanızın Nedeni, Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi ve Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlara ilişkin soruların olduğu ilk bölümden sonra ikinci bölümde Dengeli Ölçüm Kartı'nın dört boyutuna (finansal boyut, içsel süreçler boyutu, müşteri -hasta ve personel- boyutu ile öğrenme ve gelişme boyutu) ilişkin ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı ve onlara verilen önem düzeyi 5'li likert ölçeğiyle (1: Hiç Önemli Değil'den 5: Çok Önemli'ye ve 1: Hiç Ölçmüyoruz'dan 5: Her Zaman Ölçüyoruz'a doğru sıralanmıştır) değerlendirilmektedir.

Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anketin güvenilirliği (iç tutarlılığı) Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüştür. Çalışmada tanımsal istatistikler, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Normallik testi ile kontrol edilmiş ve bağımsız grupların karşılaştırılmasında Kolmogorov Smirnov Z testi, bağımlı grupların karşılaştırılmasında Wilcoxon testi, Bağımsız Kategorik değişkenleri karşılaştırmada Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 5 anlamlılık seviyesinde yorumlanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen hipotezler şunlardır:

1. H1: Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin performans ölçümü yapılmasının nedenlerine yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır.
2. H1: Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkinine yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır.
3. H1: Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlara yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır.
4. H1:Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin tüm hastanelerde ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır.
5. H1:Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin kamu grubu hastanelerinde ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır
6. H1:Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin özel hastane grubunda ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır
7. H1:Mülkiyetlerine Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.
8. H1: Mülkiyetlerine Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.
9. H1: Çeşitli Değişkenlere (Yaş, Deneyim, Görev, Eğitim) Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.
10. H1: Çeşitli Değişkenlere (Yaş, Deneyim, Görev, Eğitim) Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.

3.5. ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinden Dengeli Ölçüm Kartı altyapı uygunluk ölçeği yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Çalışmada elde edilen bulgular açıklanmış ve yorumlanmıştır.

3.5.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (Ercan, Kan, 2004:214). Çalışmada kullanılan ölçek ve boyutların geçerliliği, daha önceden kabul görmüş çalışmalardan elde edildiği için sağlanmıştır.

Güvenilirlik analizi ise, herhangi bir konuda örnekleme oluşturan birimler üzerinden veri toplamak amacı ile geliştirilen ölçme aracını oluşturan ifadelerin, kendi aralarında tutarlılığı test etmek amacı ile kullanılmaktadır. Bir başka ifade ile güvenilirlik analizi ile katılımcıların ölçme aracını oluşturan ifadelere yaklaşımlarından hareket ile katılımcılara yöneltilen ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediği test edilmektedir. Anket verilerinin tümüne öncelikle güvenilirlik testi uygulanmıştır (Gürsoy, 2013:102). Cronbach's Alpha değerinin 0.70 ve üstü olduğu durumlarda ölçeğin güvenilir olduğu ifade edilmektedir (Bektaş, Akman, 2013:128).

Performans Ölçümü Yapmanızın Nedeni bölümünün güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,936$; Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi bölümünün güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,910$; Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlar bölümünün güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,884$ olduğu görülmektedir.

Finansal boyut önemlilik düzeyi güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,954$; İç süreçler boyutu güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,961$; Hasta ve personel boyutu güvenilirlik katsayısının $\alpha=0,927$ ve Öğrenme ve gelişme boyutu güvenilirlik katsayısının da $\alpha=0,903$ olduğu görülmektedir.

Ölçeğin güvenilirliği değerlendirilirken Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı (α) kullanılmıştır. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri (Akçay, 2013:60);

“ $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.”

Elde edilen veriler, %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Yukarıdaki Cronbach Alfa değerleri üzerinden yorumlandığında Dengeli Ölçüm Kartı Altyapı Uygunluğu anketinde yer alan bölüm ve boyutların iç tutarlılıklarının sağlandığı ve yüksek düzeyde güvenilir oldukları görülmektedir.

3.5.2. Yöneticilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaneler hakkında bilgilere yer verilmiş olup, hastane gruplandırmaları, çalışmaya katılan özel ve kamu hastane grubu yöneticilerinin yaşları, eğitim durumları, yönetici düzeyleri, iş deneyimleri ve bağlı bulundukları birimler hakkında bilgilere yer almaktadır. Tablo 3.1’de Yöneticilerin demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3.1: Yöneticilerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaneler		Frekans (n)		Yüzde (%)	
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hast.		52		31,5	
Medipol Mega Üniversite Hastanesi		70		42,4	
Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi		6		3,6	
Yalova Çınarcık Devlet Hastanesi		8		4,8	
Yalova Devlet Hastanesi		22		13,3	
Yalova Özel Atakent Hastanesi		4		2,4	
Yalova Özel Uzmanlar Hastanesi		3		1,8	
Total		165		100,0	
Hastane Grupları		Frekans (n)		Yüzde (%)	
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi		52		31,5	
Medipol Mega Üniversite Hastanesi		70		42,4	
Kamu Hastaneleri		36		21,8	
Özel Hastaneler		7		4,2	
Total		165		100,0	
Hastane Grupları		Frekans (n)		Yüzde (%)	
Kamu Hastaneleri Grubu		88		53,3	
Özel Hastaneler Grubu		77		46,7	
Total		165		100,0	
Eğitim Durumları	Kamu		Özel		
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	
Lise	1	1,1	3	3,9	
Ön Lisans	0	0	8	10,4	
Lisans	37	42,0	29	37,7	

Yüksek Lisans	23	26,1	20	26,0
Doktora	16	18,2	9	11,7
Diğer	8	9,1	3	3,9
Boş	3	3,4	5	6,5
Total	88	100,0	77	100,0
Yönetici Düzeyi	Kamu		Özel	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
Orta Düzey	63	71,6	75	97,4
Üst Düzey	23	26,1	2	2,6
Boş	2	2,3		
Total	88	100,0	77	100,0
İş Deneyimi	Kamu		Özel	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
0-5 yıl	4	4,5	29	37,7
6-15 yıl	29	33,0	24	31,2
16-25 yıl	34	38,6	10	13,0
26 yıl ve üstü	14	15,9	4	5,2
Boş	7	8,0	10	13,0
Total	88	100,0	77	100,0
Bağlı Bulunduğu Birim	Kamu		Özel	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
İdari Hizmetler	21	23,9	4	5,2
Operasyonel Görevler	27	30,7	56	72,7
Hemşirelik Hizmetleri	31	35,2	17	22,1
Boş	9	10,2	0	0
Total	88	100,0	77	100,0
Yaş Aralığı	Kamu		Özel	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
20-30	10	11,4	39	50,6
31-40	23	26,1	21	27,3
41-55	36	40,9	9	11,7
55 Üstü Yaş	0	0	0	0
Total	88	100,0	77	100,0

Yöneticilerin demografik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Yalova Çınarcık Devlet Hastanesi, Yalova Devlet Hastanesi, Yalova Özel Atakent Hastanesi ve Yalova Özel Uzmanlar Hastanesi yöneticilerinin çalışmaya katılım gösterdikleri görülmektedir. Buna göre, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 52 yönetici (%31,5), Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nden 70 yönetici (%42,4), Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nden 6 (%3,6) yönetici, Yalova Çınarcık Devlet Hastanesi'nden 8 (%4,8) yönetici, Yalova Devlet Hastanesi'nden 22 (%13,3) yönetici, Yalova Özel Atakent Hastanesi'nden 4 (%2,4) yönetici, Yalova Özel Uzmanlar Hastanesi'nden 3 (%1,8) olmak üzere toplam 165 yönetici ankete katılmıştır.

Söz konusu yöneticilerin Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği, Özel Yalova Atakent Hastanesi, Özel Yalova Hastanesi ve Çınarcık Devlet Hastanesi'nde yöneticilerin tamamı, Yalova Devlet Hastanesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve Özel Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde yöneticilerin tamamına yakını ile anket uygulaması yapılmıştır. Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı, İdari Hizmetler Sorumlusu gibi pozisyonlar İdari Hizmetler sınıfında, Kalite, İnsan Kaynakları, Finans, Hasta Hizmetleri ve Pazarlama sorumlusu gibi pozisyonlar Operasyonel Hizmetler Sınıfında, Hemşirelik Hizmetleri Yönetici ve Müdürleri ise Hemşirelik Hizmetleri Sınıfında yer almışlardır. Buna göre, Kamu Hastaneleri Grubundaki yöneticilerin bağlı bulunduğu birimlere göre dağılımlarına bakıldığında, İdari Hizmetlerde 21 (%23,9), Operasyonel Görevlerde 27 (%30,7) ve Hemşirelik Hizmetleri yönetiminde ise 31 (%35,2) sayılarına ulaşılmaktadır. Bu kısmı 9 (%10,2) yöneticinin de boş bıraktığı görülmektedir. Özel hastaneler grubundaki yöneticilerin bağlı bulunduğu birimlere göre dağılımlarına bakıldığında, İdari Hizmetlerde 4 (%5,2), Operasyonel Görevlerde 56 (%72,7) ve Hemşirelik Hizmetleri yönetiminde ise 17 (%22,1) sayılarına ulaşılmaktadır.

Hastane gruplandırmaları ekseninde bakıldığında ise;

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi 52 (%31,5) yönetici, Medipol Mega Üniversite Hastanesi 70 (%42,4) yönetici,

Kamu Hastaneleri 36 (%21,8) yönetici, Özel Hastaneler 7 (%4,2) yönetici ve bu hastanelerin bir araya getirilmesi ile oluşturulan daha geniş bir hastane grubu bloğu olarak,

Kamu Hastaneleri Grubu 88 (%53,3) yönetici, Özel Hastaneler Grubu 77 (%46,7) yönetici olarak değerlendirilmiştir. Demografik veriler incelenirken Kamu Hastaneleri Grubu ve Özel Hastaneler Grubu verileri dikkate alınmıştır. Buna göre,

Yöneticilerin eğitim durumları değişkenine bakıldığında, kamu hastaneleri grubunda lise mezunları 1 (%1,1), lisans mezunları 37 (%42,0), yüksek lisans mezunları 23 (%26,1), doktora mezunları 16 (%18,2) ve diğer seçeneğinde 8 (%9,1); Özel hastaneler grubunda ise lise mezunları 3 (%3,9), lisans mezunları 29 (%37,7), yüksek lisans mezunları 20 (%26,0), doktora mezunları 9 (%11,7) ve diğer seçeneğinde 3 (%3,9) olarak dağılmaktadır.

Kamu hastaneleri grubundaki yöneticiler yaşa göre, 20-30 yaş aralığında 10 (%11,4), 31-40 yaş aralığında 23 (%26,1), 41-55 yaş aralığında 36 (%40,9) ve 55 Üstü yaş aralığında 0 (%0,0) olarak dağılırken; Özel hastaneler grubundaki yöneticiler yaşa göre, 20-30 yaş aralığında 39 (%50,6), 31-40 yaş aralığında 21 (%27,3), 41-55 yaş aralığında 9 (%11,7) ve 55 Üstü yaş aralığında 0 (%0,0) olarak dağılmaktadır.

Yöneticilerin iş deneyimlerine bakıldığında, kamu hastaneleri grubundaki yöneticilerin 0-5 yıl arası tecrübeli olanların sayısı 4 (%4,5), 6-15 yıl arası tecrübeli olanların sayısı 29 (%33,0), 16-25 yıl arası tecrübeli olanların sayısı 34 (%38,6) ve 26 üstü yıl tecrübesi olanların sayısı 14 (%15,9) olarak dağılmaktadır. Bu kısmı 7 (%8,0) yöneticinin de boş bıraktığı görülmektedir. Özel Hastane yöneticilerinin iş deneyimlerine bakıldığında ise, 0-5 yıl arası tecrübeli olanların sayısı 29 (%37,7), 6-15 yıl arası tecrübeli olanların sayısı 24 (%31,2), 16-25 yıl arası tecrübeli olanların sayısı 10 (%13,0) ve 26 üstü yıl tecrübesi olanların sayısı 4 (%5,2) olarak dağılmaktadır. Bu kısmı 10 (%13,0) yöneticinin de boş bıraktığı görülmektedir.

Yönetici Düzeyi değişkeni incelendiğinde, ankete kamu hastaneleri grubundan katılan yöneticilerin 63'ü (%71,6) orta düzey, 23'ü (%26,1) üst düzey yönetici olduklarını belirtirken, 2'si (%2,3) bu kısmı boş bırakmıştır. Özel hastaneler grubundan katılan yöneticilerin ise, 75'inin (%97,4) orta düzey, 2'sinin (%2,6) üst düzey yönetici oldukları görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubundaki yöneticilerin bağlı bulunduğu birimlere göre dağılımlarına bakıldığında, İdari Hizmetlerde 21 (%23,9), Operasyonel Görevlerde 27 (%30,7) ve Hemşirelik Hizmetleri yönetiminde ise 31 (%35,2) sayılarına ulaşılmaktadır. Bu kısmı 9 (%10,2) yöneticinin de boş bıraktığı görülmektedir. Özel hastaneler grubundaki yöneticilerin bağlı bulunduğu birimlere göre dağılımlarına bakıldığında, İdari Hizmetlerde 4 (%5,2), Operasyonel Görevlerde 56 (%72,7) ve Hemşirelik Hizmetleri yönetiminde ise 17 (%22,1) sayılarına ulaşılmaktadır.

3.5.3. Hastane Yöneticilerinin Performans Ölçümüne İlişkin Sorulara Verdikleri Cevapların Analizi

Bu bölümde hastane yöneticilerinin performans ölçümüne ilişkin hazırlanmış sorulara verdikleri yanıtlar ile bu yanıtların analizi yer almaktadır. Bu doğrultuda, hastanelerin hangi nedenlerle performans ölçümü yaptıkları, performans ölçüm sistemi-yönetim ilişkisi ve performans ölçümünde karşılaşılan sorunlar konularında hastane yöneticilerine sorular yöneltilmiş olup verilen cevaplar irdelenmiştir. Bu doğrultuda, Tablo 3.2’de “Hastanenizde performans ölçümü yapılmasının nedenleri” sorusuna yanıt aranmıştır.

Tablo 3.2: Hastanenizde performans ölçümü yapılmasının nedenleri

Hastanenizde hangi nedenlerle performans ölçümü yapılmaktadır?	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
1. Hastanemizin genel olarak başarılı olup olmadığını belirlemek için	3,50	4,00	1,184	3,90	4,00	0,680	1,259	0,084
2. Hastanemizin işlem ve süreçlerinde planlanan gelişmelerin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlamak için	3,68	4,00	1,078	3,84	4,00	0,796	0,666	0,767
3. Hastanemizin hastaların (müşterilerin) isteklerini karşılayıp karşılayamadığını belirlemek için	3,32	4,00	1,180	3,91	4,00	0,814	1,550	0,016
4. Kararların varsayımlara dayalı olarak değil de, gerçek verilere dayanarak alındığından emin olmak için	3,61	4,00	1,169	3,82	4,00	0,884	,801	0,542
5. Şeffaflığı sağlayarak, her birimin kendi performansını gözlemesini sağlamak için	3,55	4,00	0,982	3,81	4,00	0,918	1,040	0,229
6. Gelişmelerin sürdürülebilmesinde geri-beslenme (feedback) sağlamak için	3,75	4,00	0,962	3,78	4,00	0,868	0,250	1,000
7. Hastanemizde sorunlu alanları ortaya çıkarmak ve geliştirilebilecek alanları belirleyebilmek için	3,68	4,00	1,180	3,88	4,00	0,778	1,113	0,168

“Hastanenizde hangi nedenlerle performans ölçümü yapılmaktadır” sorusuna verilen yönetici yanıtlarına bakıldığında, “Hastanemizin hastaların (müşterilerin) isteklerini karşılayıp karşılayamadığını belirlemek” için şıkında özel kuruluşların oluşturduğu özel hastaneler grubuyla, kamu kuruluşlarının oluşturduğu kamu hastaneleri grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($z=1,550$ $p=0,016$) bulunmuştur. Elde edilen bu

farkın, kamu hastane yöneticilerinin bu ölçüden aldığı ortalamanın özel hastaneler grubu yöneticilerinin aldığı puandan düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu durumun, özel hastane grubu yöneticilerinin, müşteri odaklı hizmet anlayışını daha fazla önemseyişinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Diğer şıklarda özel hastaneler grubu yöneticilerinin verdiği yanıtların ortalamalarının yüksek çıktığı görülürken istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. .

Tablo 3.3'te ise performans ölçümünün bir başka özelliği olan Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi yer almaktadır.

Tablo 3.3: Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi

Aşağıdaki görüşler ve hastanenizdeki uygulamalar ile ilgili düşüncelerinizi karşısındaki seçeneklerden birini işaretleyerek belirtiniz.	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
1. Performans ölçümü yönetimin çok önemli bir fonksiyonudur	4,30	4,00	0,775	4,01	4,00	0,980	0,853	0,461
2. Kurumsal performans ölçümü sonuçları, ödül ve yükseltme sisteminin bir parçası olarak kullanılmalıdır	4,10	4,00	0,662	4,31	4,00	0,847	1,394	0,041
3. Performansımızın iyi olup olmadığı hastanemizin dönem kârlılığına bakılarak anlaşılabilir	3,02	3,00	1,184	3,16	3,00	0,961	0,510	0,957
4. Performansı ölçerken hedefler belirlenmeli ve hedeflerle gerçekleşen sonuçlar karşılaştırılmalıdır	4,25	4,00	0,715	4,21	4,00	0,675	0,218	1,000
5. Performans ölçüm sistemi, kurum vizyonu ve stratejileri ile bağlantılı olmalıdır	4,26	4,00	0,634	4,03	4,00	0,778	0,791	0,559
6. Performans sisteminin başarı ile uygulanabilmesi için çalışanların desteğinin alınması gereklidir	4,50	5,00	0,525	4,32	4,00	0,697	0,614	0,846
7. Kapsamlı bir yönetim kontrol ve bilgi sistemi kullanıyoruz	3,16	3,00	1,133	3,30	3,00	0,919	0,520	0,950
8. Hastanemizin finansal performansını düzenli olarak ölçüyoruz	3,61	4,00	0,915	3,56	4,00	0,896	0,187	1,000

9. Hastanemizin pazarlama performansını düzenli olarak ölçüyoruz	3,10	3,00	,971	3,65	4,00	0,885	2,268	0,000
10. Hastanemizin hizmet sunum performansını düzenli olarak ölçüyoruz	3,45	3,50	1,060	3,69	4,00	0,877	1,207	0,109
11. Hastanemizde çalışanlarımızın performansını düzenli olarak ölçüyoruz	3,41	3,50	1,100	3,68	4,00	0,818	1,040	0,229
12. Kurumsal performans ölçümü sonuçlarını, ödül ve yükseltme sistemimizin bir parçası olarak kullanıyoruz	2,92	3,00	1,116	3,30	3,00	0,947	1,259	0,084
13. Bireysel performans ölçümü sonuçlarını, ödül ve yükseltme sistemimizin bir parçası olarak kullanıyoruz	3,03	3,00	1,217	3,29	3,00	0,958	1,134	0,153
14. Bireylerin ve birimlerin performansı kurum içi bilgisayar ağı üzerinden sürekli izlenebilmektedir	3,01	3,00	1,300	3,09	3,00	1,090	0,603	0,860
15. Bireylerin, birimlerin ve kurumun performans ölçütlerinin arasındaki bağlantılar kurulmuştur	2,93	3,00	1,153	3,21	3,00	0,908	0,718	0,681
16. Çalışanlar, performans ölçüm sistemi hakkında tam olarak, açık bir şekilde bilgilendirilmiş ve katılımları sağlanmıştır	2,83	3,00	1,280	3,27	3,00	1,021	1,498	0,022
17. Hastanemizin tepe yönetimi, performans ölçüm sonuçlarına göre, performansı iyileştirici çalışmalar yapmaktadır	3,02	3,00	1,134	3,21	3,00	1,068	0,468	0,981
18 Kurumsal performansımızı tam olarak ölçüyoruz	2,69	3,00	1,197	3,34	3,00	1,083	1,893	0,002
19. Mevcut performans sistemimizden memnunuz	2,51	2,00	1,155	3,27	3,00	0,995	2,101	0,000

Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi ile ilgili sorulara bakıldığında, “Kurumsal performans ölçümü sonuçları, ödül ve yükseltme sisteminin bir parçası olarak kullanılmalıdır” ($z=1,394$ $p=0,041$), “Hastanemizin pazarlama performansını düzenli olarak ölçüyoruz” ($z=2,268$ $p=0,0$), “Çalışanlar, performans ölçüm sistemi hakkında tam olarak, açık bir şekilde bilgilendirilmiş ve katılımları sağlanmıştır” ($z=1,498$ $p=0,022$), “Kurumsal performansımızı tam olarak ölçüyoruz” ($z=1,893$ $p=0,002$) ve “Mevcut performans sistemimizden memnunuz” ($z=2,101$ $p=0,00$) sorularına verilen yanıtlarda istatistiksel

olarak anlamlı birer farklılık bulunmuştur. Elde edilen farkın, kamu hastane yöneticilerinin bu ölçülerden aldığı ortalamaların özel hastaneler grubu yöneticilerinin aldığı puanlardan düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bu farklılıklar, Özel hastane grubu hastanelerinde performans ödül mekanizmasının daha iyi çalıştığını, performansın daha iyi ölçüldüğünü, çalışanların performans çalışmalarına katılımının daha yüksek oranlarda gerçekleştiğini ve kurum çalışanlarının performans sisteminden görece daha memnun oldukları sonucunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastanelerin performans ölçümünde karşılaştığı sorunlara ise Tablo 3.4’te yer verilmektedir.

Tablo 3.4: Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlar

Hastanenizde performans ölçümünde karşılaştığınız en önemli sorun hangisidir?		Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler (88)			Z	p
		AO	Med	SD	AO	Med	SD		
1	Gerekli gereksiz her şeyin ölçülmesi	2,80	3,00	1,030	2,66	2,00	1,071	0,635	0,815
2	Ölçülen şeylerin hastane stratejileri ile ilgili olmaması	3,11	3,00	0,964	2,70	2,00	1,001	1,280	0,076
3	Ölçmenin çalışanlara ve hastaneye sağlayacağı katkının doğru anlatılamaması	3,32	3,50	0,929	3,09	3,00	1,041	0,707	0,699
4	Ölçüm sonuçlarının nasıl kullanılacağı ya da yararlanılacağına yöneticilere açıklanmaması	3,24	3,00	0,897	3,12	3,00	1,026	0,635	0,815
5	Performans ölçüleri ile diğer gözden geçirme süreçlerinin bağlantılı olmaması	3,17	3,00	0,950	3,01	3,00	1,013	0,878	0,423
6	Performans ölçümünün bireysel başarıya yönelmesi, takım bazlı yönetim yapısını desteklememesi	3,48	4,00	0,947	2,94	3,00	0,991	1,644	0,009

Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlar ile ilgili sorulara bakıldığında her bir soruda kamu hastane yöneticilerinin ölçülerden aldığı ortalamaların özel hastaneler grubu yöneticilerinin aldığı puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Fakat anket sorularından sadece, “Performans ölçümünün bireysel başarıya yönelmesi, takım bazlı yönetim yapısını desteklememesi” ($z=1,644$ $p=0,009$) sorusunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farkın, kamu hastane yöneticilerinin bu ölçüden aldığı ortalamaların özel hastaneler grubu yöneticilerinin aldığı puanlardan yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu durum, Kamu Hastane Grubu yöneticilerinin hastanelerinde daha fazla sorunla

karşılaştığı sonucunu ortaya koyarken, sadece tek bir soruda anlamlı farklılık bulunması, arada çok büyük fark olmadığını bununla birlikte kamu hastaneleri yöneticilerinin hekim odaklı performans sisteminden şikayetçi olduğu, özel sektördeki nazaran çapraz fonksiyonların işletilmediği ve ekip çalışmasının projelerde sağlıklı şekilde işletilmediği sonucuna varılmaktadır.

3.5.4. Hastanelerde Performans Ölçütlerinin Önemi ve Ölçüm Sıklığına İlişkin Bulgular

Bu bölümde Hastanelerde Performans Ölçütlerinin Önemi ve Ölçüm Sıklığına İlişkin Hastane yöneticilerinin aldıkları puanlar analiz edilecektir. Tablo 3.5’te Çalışmaya katılan tüm hastanelerde finansal boyuta ilişkin bulgular gösterilmektedir.

Tablo 3.5: Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde Finansal Boyuta İlişkin Bulgular

Finansal Boyut	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin Karlılığı	3,85	4,00	0,809	3,29	4,00	1,410	-5,302	0,00
Varlıkların devir hızı	3,78	4,00	0,784	3,10	4,00	1,364	-5,934	0,00
Personel harcamaları	4,02	4,00	0,848	3,46	4,00	1,250	-5,316	0,00
Tıbbi malzeme gideri	4,18	4,00	0,791	3,72	4,00	1,116	-5,047	0,00
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,18	4,00	0,788	3,65	4,00	1,094	-5,595	0,00
Hasta günü maliyeti	4,13	4,00	0,793	3,69	4,00	1,138	-4,929	0,00
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,10	4,00	0,775	3,71	4,00	1,150	-4,202	0,00
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,03	4,00	0,910	3,75	4,00	1,146	-3,422	0,00
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,19	4,00	0,826	3,53	4,00	1,182	-6,718	0,00
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,12	4,00	0,820	3,50	4,00	1,203	-6,415	0,00

Finansal Boyuta İlişkin Bulgulara baktığımızda, önemlilik düzeyinde, Sermayenin Karlılığı ve Varlıkların devir hızı dışında tüm ölçütlerin ortalama değerlerinin 4’ün üzerinde olduğu görülmektedir. En yüksek önemlilik düzeyine sahip ölçütlerin, “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($4,19 \pm 0,826$), “Tıbbi malzeme gideri” ($4,18 \pm 0,791$), “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($4,18 \pm 0,788$), “Hasta günü maliyeti” ($4,13 \pm 0,793$) ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($4,12 \pm 0,820$) ölçütleri olduğu görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak, yöneticilerin finansal boyutta ilgili ölçütleri yüksek oranda önemseddiği, en

fazla da “Toplam giderin toplam gelire oranı”, “Tıbbi malzeme gideri”, “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti”, “Hasta günü maliyeti” ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” gibi özellikle maliyetlere odaklanan ölçütleri önemsedikleri söylenebilir.

Finansal boyutta hastane yöneticileri tarafından puanlanan ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı dağılımlarına bakıldığında puanların 3’ün üzerinde olduğu ancak hiçbirinin 4’ün üstüne çıkmadığı görülmektedir. Ölçüm sıklığı yüksek bulunan ilk üç ölçütün “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” (3.75 ± 1.146), “tıbbi malzeme gideri” (3.72 ± 1.116) ve “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” (3.71 ± 1.150) ölçütleri gibi maliyete odaklı ölçütler olduğu görülmektedir. Önemlilik düzeyindeki maliyet odaklılıkla benzeşim gösteren bu ölçütler aynı zamanda yöneticiler tarafından önemlilik düzeyi yüksek olarak algılanan ölçütlerdir.

Finansal boyutta önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu tüm hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde, hastanelerin ölçüm yapmadığı anlamına gelmektedir.

Kamu Hastaneleri Grubuna ait finansal boyuta ilişkin bulgulara ise Tablo 3.6’da yer verilmektedir.

Tablo 3.6: Kamu Hastaneleri Grubuna Ait Finansal Boyuta İlişkin Bulgular

Kamu Hastaneleri Grubu								
Finansal Boyut	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin Karlılığı	3,76	4,00	0,910	2,86	3,50	1,391	-5,590	0,00
Varlıkların devir hızı	3,73	4,00	0,893	2,81	2,00	1,276	-5,558	0,00
Personel harcamaları	3,94	4,00	0,963	3,02	4,00	1,268	-5,549	0,00
Tıbbi malzeme gideri	4,16	4,00	0,829	3,44	4,00	1,173	-5,109	0,00
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,22	4,00	0,864	3,32	4,00	1,170	-6,078	0,00
Hasta günü maliyeti	4,09	4,00	0,892	3,35	4,00	1,223	-5,240	0,00
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,06	4,00	0,822	3,35	4,00	1,213	-4,932	0,00
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,88	4,00	1,026	3,36	4,00	1,215	-3,969	0,00
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,17	4,00	0,861	3,25	4,00	1,196	-5,911	0,00
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,15	4,00	0,878	3,26	4,00	1,208	-5,681	0,00

Kamu hastaneleri grubuna ait Finansal boyuta ilişkin bulgulara baktığımızda yöneticilerin önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçü için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Önemlilik düzeyinde, finansal boyuta ait ölçütlerden, sırasıyla “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” (4,22±0,864), “Toplam giderin toplam gelire oranı” (4,17±0,861), “Tıbbi malzeme gideri” (4,16±0,829), “Toplam borcun toplam gelire oranı” (4,18±0,878), “Hasta günü maliyeti” (4,09±0,892) ve “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” (4,06±0,822) ölçütlerinin 4 üzeri puan aldıkları, diğer önemlilik düzeyi ölçütlerinden 4’e yakın puanlar aldığı görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait Finansal boyuta ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, “Sermayenin Karlılığı” (2,86±0,1391) ve “Varlıkların devir hızı” (2,81±0,1276) ölçütlerinin ortalamadan düşük çıktığı diğer tüm ölçütlerin ortalama değerlerde seyrettiği saptanmıştır. Bu ölçütlerden en yüksek puanı, “Tıbbi malzeme gideri” (3,44±0,1173), “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” (3,36±0,1215), “Hasta günü maliyeti” (3,35±0,1223) ve “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” (3,35±0,1213) ölçütlerinin aldığı görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait finansal boyutta önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu durum, kamu hastane grubu yöneticilerinin önem verdikleri düzeyde, hastanelerin ölçüm yapmadığını göstermektedir.

Özel Hastaneler Grubuna ait finansal boyuta ilişkin bulgular ise Tablo 3.7’de incelenmektedir.

Tablo 3.7: Özel Hastaneler Grubuna Ait Finansal Boyuta İlişkin Bulgular

Özel Hastaneler Grubu								
Finansal Boyut	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin Karlılığı	3,95	4,00	0,667	3,79	4,00	1,268	-1,143	0,253
Varlıkların devir hızı	3,83	4,00	0,637	3,45	4,00	1,389	-2,450	0,014
Personel harcamaları	4,12	4,00	0,688	3,96	4,00	1,026	-1,034	0,301
Tıbbi malzeme gideri	4,21	4,00	0,749	4,04	4,00	0,958	-1,349	0,177
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,13	4,00	0,695	4,04	4,00	0,855	-0,832	0,405
Hasta günü maliyeti	4,18	4,00	0,663	4,08	4,00	0,891	-0,938	0,348

Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,14	4,00	0,720	4,13	4,00	0,914	-0,026	0,979
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,21	4,00	0,718	4,18	4,00	0,884	-0,273	0,785
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,21	4,00	0,789	3,86	4,00	1,085	-3,156	0,002
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,09	4,00	0,751	3,77	4,00	1,146	-2,958	0,003

Özel hastaneler grubuna ait Finansal boyuta ilişkin bulgulara baktığımızda kamu hastane yöneticileri gibi, özel hastaneler grubu yöneticilerinin de önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçü için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin finansal boyuta ait ölçütlerden, “Sermayenin Karlılığı” ve “Varlıkların devir hızı” ölçütleri dışında tüm ölçütlerden 4 üzeri puan aldıkları, “Sermayenin Karlılığı”(3,95±0,667) ve “Varlıkların devir hızı” (3,83±0,637) önemlilik düzeyi ölçütlerinden 4’e yakın puanlar aldığı görülmektedir. Bunun yanında, özel hastaneler grubu yöneticilerinin finansal boyutta en fazla “Tıbbi malzeme gideri” (4,21±0,749), Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” (4,21±0,718) ve “Toplam giderin toplam gelire oranı” (4,21±0,789) ölçütlerine önem verdikleri görülmektedir.

Özel hastaneler grubuna ait Finansal boyuta ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, önemlilik düzeyinde 4 üzeri puan alan bazı ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinde 4 puanın altına düştüğü görülmektedir. “Personel harcamaları”, “Toplam giderin toplam gelire oranı”, “Toplam borcun toplam gelire oranı” gibi ölçütler, puanı ölçüm sıklığında 4 puanın altına düşen ölçütlerdir. Ölçüm sıklığı en yüksek çıkan ölçütler ise sırasıyla, “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” (4,18±0,884), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” (4,13±0,914) ve “Hasta günü maliyeti” (4,09±0,891) olarak bulunmuştur.

Özel hastaneler grubuna ait finansal boyutta önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, “Varlıkların devir hızı” ($z = -2,450$ $p = 0,014$), “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($z = -3,156$ $p = 0,002$) ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($z = -2,958$ $p = 0,003$) ölçütleri dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum, özel hastane grubundaki bu ölçütlerin, yöneticilerin önemsendiği kadar ölçülmediğini göstermektedir.

Finansal Boyuta ait kamuya ait üniversite hastanesine ilişkin bulgular ise Tablo 3.8’de yer almaktadır.

Tablo 3.8: Finansal Boyuta Ait Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’ne İlişkin Bulgular

Finansal Boyut	Kamuya Ait Üniversite Hastanesi							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin Karlılığı	3,94	4,00	0,777	2,58	2,00	1,363	-5,409	0,00
Varlıkların devir hızı	3,90	4,00	0,799	2,67	2,00	1,184	-5,179	0,00
Personel harcamaları	4,27	4,00	0,660	2,81	2,00	1,189	-5,318	0,00
Tıbbi malzeme gideri	4,29	4,00	0,637	3,31	4,00	1,164	-4,642	0,00
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,37	4,00	0,658	3,33	4,00	1,024	-5,475	0,00
Hasta günü maliyeti	4,31	4,00	0,673	3,37	4,00	1,048	-4,745	0,00
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,23	4,00	0,581	3,40	4,00	1,107	-4,284	0,00
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,10	4,00	0,721	3,44	4,00	1,127	-3,418	0,001
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,35	4,00	0,590	3,12	3,00	1,215	-5,102	0,00
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,33	4,00	0,617	3,17	3,00	1,232	-4,893	0,00

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’ne ait Finansal boyuta ilişkin bulgulara baktığımızda yöneticilerin önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçü için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Önemlilik düzeyinde, finansal boyuta ait ölçütlerden, “Sermayenin Karlılığı” ve “Varlıkların devir hızı” gibi ölçütler dışında tüm ölçütlerin 4 üzeri puan aldıkları, “Sermayenin Karlılığı” ($3,94 \pm 0,777$) ve “Varlıkların devir hızı” ($3,90 \pm 0,799$) gibi ölçütlerin de önemlilik düzeyinde 4’e yakın puanlar aldığı görülmektedir. Yöneticilerin bu ölçütlerden en çok “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($4,37 \pm 0,658$), “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($4,35 \pm 0,590$), “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($4,33 \pm 0,617$) ölçütlerini önemsedikleri saptanmıştır.

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’ne ait finansal boyuta ilişkin yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, sırasıyla en yüksekten en düşüğe “Personel Harcamaları” ($2,81 \pm 0,1189$), “Varlıkların devir hızı” ($2,67 \pm 0,1184$) ve “Sermayenin Karlılığı” ($2,58 \pm 0,1363$) ölçütlerinin ortalamadan düşük çıktığı diğer tüm ölçütlerin ortalama değerlerde seyrettiği saptanmıştır. Ölçüm sıklığı düzeyindeki ölçütlerden en yüksek puanı, “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ($3,44 \pm 0,1127$), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ($3,40 \pm 0,1107$) ve “Hasta günü maliyeti” ($3,37 \pm 0,1048$) ölçütlerinin aldığı görülmektedir.

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'ne ait finansal boyutta önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu durum, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin finansal boyutun hiçbir ölçütünde önem verdikleri düzeyde ölçüm yapılmadığını göstermektedir.

Özel Üniversite Hastanesi'ne Ait Finansal Boyuta İlişkin Bulgulara ise Tablo 3.9'da yer verilmektedir.

Tablo 3.9: Finansal Boyuta Ait Özel Üniversite Hastanesi'ne İlişkin Bulgular

Finansal Boyut	Özel Üniversite Hastanesi						Test Değerleri	
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin Karlılığı	3,96	4,00	0,690	3,84	4,00	1,268	-0,706	0,480
Varlıkların devir hızı	3,83	4,00	0,659	3,46	4,00	1,410	-2,102	0,036
Personel harcamaları	4,10	4,00	0,684	3,97	4,00	0,985	-0,728	0,467
Tıbbi malzeme gideri	4,17	4,00	0,742	4,04	4,00	0,915	-0,866	0,386
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,13	4,00	0,700	4,09	4,00	0,818	-0,303	0,762
Hasta günü maliyeti	4,14	4,00	0,643	4,09	4,00	0,836	-0,429	0,668
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,13	4,00	0,721	4,14	4,00	0,862	-0,271	0,786
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,20	4,00	0,719	4,20	4,00	0,827	-0,007	0,995
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,17	4,00	0,785	3,91	4,00	1,060	-2,408	0,016
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,12	4,00	0,718	3,91	4,00	1,018	-2,000	0,045

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait Finansal boyuta ilişkin bulgulara baktığımızda Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticileri gibi, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin de önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ve “Toplam giderin toplam gelire oranı” ölçütleri dışında ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin finansal boyuta ait ölçütlerden, “Sermayenin Karlılığı” ve “Varlıkların devir hızı” ölçütleri dışında tüm ölçütlerden 4 üzeri puan aldıkları, “Sermayenin Karlılığı” ($3,96 \pm 0,690$) ve “Varlıkların devir hızı” ($3,83 \pm 0,659$) önemlilik düzeyi ölçütlerinden 4'e yakın puanlar aldığı görülmektedir. Bunun yanında, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin finansal boyutta en fazla “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ($4,20 \pm 0,719$) “Tıbbi malzeme gideri” ($4,17 \pm 0,742$) ve

“Toplam giderin toplam gelire oranı” ($4,17 \pm 0,785$) ölçütlerine önem verdikleri görülmektedir.

Özel Üniversite Hastanesi’ne ait Finansal boyuta ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, önemlilik düzeyinde 4 puanın altında alan “Sermayenin Karlılığı” ve “Varlıkların devir hızı” ölçütlerinin, ölçüm sıklığı düzeyinde de 4 puanın altında puan aldığı, bunun dışında önemlilik düzeyinde 4 üzeri puan alan bazı ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinde 4 puanın altına düştüğü görülmektedir. “Personel harcamaları”, “Toplam giderin toplam gelire oranı”, “Toplam borcun toplam gelire oranı” gibi ölçütler, puanı ölçüm sıklığında 4 puanın altına düşen ölçütlerdir. Ölçüm sıklığı en yüksek çıkan ölçütler ise sırasıyla, “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ($4,20 \pm 0,827$), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ($4,14 \pm 0,862$) ve “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($4,09 \pm 0,818$) “Hasta günü maliyeti” ($4,09 \pm 0,836$) olarak bulunmuştur.

Özel Üniversite Hastanesi’ne ait finansal boyut önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, “Varlıkların devir hızı” ($z = -2,102$ $p = 0,036$), “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($z = -2,408$ $p = 0,016$) ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($z = -2,000$ $p = 0,045$) ölçütleri dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu istatistiksel farklılık, Özel Üniversite Hastanesi’ne ait finansal boyuttaki bu ölçütlerin, yöneticilerin önemsemiği kadar ölçülmediğini göstermektedir.

Çalışmaya katılan tüm hastanelerde içsel süreçler boyutuna ilişkin bulgular Tablo 3.10’da incelenecektir.

Tablo 3.10: Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular

İçsel Süreçler Boyutu	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,93	4,00	0,989	3,35	4,00	1,359	-5,169	0,00
Ameliyat sonrası yatış süresi	4,05	4,00	0,929	3,59	4,00	1,182	-4,759	0,00
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,98	4,00	0,926	3,58	4,00	1,121	-4,271	0,00
Sezaryen oranı	3,75	4,00	1,017	3,19	4,00	1,273	-5,218	0,00
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,95	4,00	0,816	3,37	4,00	1,144	-5,918	0,00
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,89	4,00	1,045	3,31	4,00	1,277	-5,572	0,00

Laboratuvar tetkik sayısı	4,02	4,00	0,946	3,76	4,00	0,982	-3,122	0,00
Ortalama yatış süresi	4,13	4,00	0,901	3,67	4,00	1,038	-5,904	0,00
Yatak doluluk oranı	4,21	4,00	0,898	3,79	4,00	0,974	-4,970	0,00
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,13	4,00	0,784	3,35	4,00	1,157	-7,017	0,00
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,02	4,00	0,953	3,26	4,00	1,214	-6,781	0,00
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,96	4,00	0,885	3,30	4,00	1,134	-6,513	0,00
Mortalite oranı	4,00	4,00	0,991	3,44	4,00	1,106	-5,697	0,00
Hastane enfeksiyon hızı	4,23	4,00	0,902	3,95	4,00	0,968	-3,277	0,00
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	4,06	4,00	0,995	3,33	4,00	1,221	-6,470	0,00

İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgulara baktığımızda, önemlilik düzeyinde, tüm ölçütlerin ortalama değerlerinin 4 puanın üzerinde veya 4 puana yakın olduğu gözlenmektedir. En yüksek önemlilik düzeyine sahip ölçütlerin, sırasıyla “Hastane enfeksiyon hızı”(4,23±0,902), “Yatak doluluk oranı”(4,21±0,898), “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı”(4,13±0,784), “Ortalama yatış süresi” (4,13±0,901) ölçütleri olduğu görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak, yöneticilerin İçsel Süreçler Boyutuna ilişkin ölçütleri yüksek oranda önemsendiği söylenebilir.

İçsel Süreçler Boyutunda hastane yöneticileri tarafından puanlanan ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı dağılımlarına bakıldığında puanların finansal boyuttaki ölçüm sıklığı değerlerine benzer şekilde 3’ün üzerinde olduğu ancak yine finansal boyuttaki ölçüm sıklığı değerlerine benzer şekilde hiçbirinin 4 puanın üstüne çıkmadığı görülmektedir. Ölçüm sıklığı yüksek bulunan ölçütlerin “Hastane enfeksiyon hızı” (3,95±0,968), “Yatak doluluk oranı” (3,79±0,974) ve “Laboratuvar tetkik sayısı”(3,76±0,982) ve “Ortalama yatış süresi” (3,67±1,038) ölçütleri olduğu görülmektedir. Önemlilik düzeyindeki ölçütlerle benzeşim gösteren bu ölçütlerden “Laboratuvar tetkik sayısı” (3,76±0,982), önemlilik düzeyinde en fazla önemsenen ölçütler arasında yer almazken ölçüm sıklığında “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ölçütünden daha yüksek puan almıştır.

İçsel Süreçler Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu tüm hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde, ölçüm yapılmadığı anlamına gelmektedir. Benzer sonuca, Finansal boyutta da ulaşılmıştır.

Kamu Hastaneleri Grubuna ait içsel süreçler boyutuna ilişkin bulgular Tablo 3.11’de yer almaktadır.

Tablo 3.11: Kamu Hastaneleri Grubuna Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular

İçsel Süreçler Boyutu	Kamu Hastaneleri Grubu						Test Değerleri	
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,78	4,00	1,108	2,89	3,00	1,360	-5,163	0,00
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,92	4,00	1,042	3,10	4,00	1,251	-5,438	0,00
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,83	4,00	1,053	3,19	4,00	1,221	-4,460	0,00
Sezaryen oranı	3,58	4,00	1,101	2,84	4,00	1,355	-4,472	0,00
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,84	4,00	0,908	3,11	4,00	1,179	-4,882	0,00
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,67	4,00	1,152	2,89	4,00	1,343	-4,545	0,00
Laboratuvar tetkik sayısı	3,88	4,00	1,102	3,51	4,00	1,114	-2,507	0,00
Ortalama yatış süresi	4,07	4,00	0,992	3,44	4,00	1,081	-5,391	0,00
Yatak doluluk oranı	4,08	4,00	1,020	3,60	4,00	1,000	-4,275	0,00
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,08	4,00	0,861	3,07	4,00	1,211	-5,930	0,00
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	3,89	4,00	1,077	2,97	4,00	1,254	-5,344	0,00
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,92	4,00	0,973	3,11	4,00	1,188	-5,159	0,00
Mortalite oranı	3,78	4,00	1,077	3,14	4,00	1,205	-4,378	0,00
Hastane enfeksiyon hızı	4,07	4,00	0,944	3,66	4,00	1,060	-3,245	0,00
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	3,83	4,00	1,085	2,89	4,00	1,272	-5,242	0,00

Kamu hastaneleri grubuna ait İçsel Süreçler boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda yöneticilerin önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçü için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Önemlilik düzeyinde, içsel süreçler boyutuna ait ölçütlerden, sırasıyla “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ($4,08 \pm 0,861$), “Yatak doluluk oranı” ($4,08 \pm 1,020$), “Hastane enfeksiyon hızı” ($4,07 \pm 0,944$) ve “Ortalama yatış süresi” ($4,07 \pm 0,992$) ölçütlerinin 4 üzeri puanlar aldıkları, diğer önemlilik düzeyi ölçütlerinden ise 4’e yakın puanlar aldığı görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait İçsel Süreçler boyutuna ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, “Hastane enfeksiyon hızı” ($3,66 \pm 1,060$), “Yatak doluluk oranı” ($3,60 \pm 1,000$), “Laboratuvar tetkik sayısı” ($3,51 \pm 1,114$), “Ortalama yatış süresi” ($3,44 \pm 1,081$), “Günlük cerrah başına düşen

ortalama ameliyat sayısı” (3,19±1,221), “Mortalite oranı” (3,14±1,205), “Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı” (3,11±1,179), “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” (3,11±1,188), “Ameliyat sonrası yatış süresi” (3,10±1,251), “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı”(3,07±1,211)ölçütlerinin 3 üzeri puanlar aldıkları, “Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” (2,97±1,254), “Yeniden yatış oranı” (2,89±1,360), “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” (2,89±1,343), Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı (2,89±1,272), “Sezaryen oranı” (2,84±1,355) ölçütlerinin 3 puandan düşük çıktığı gözlenmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait İçsel Süreçler boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu durum, kamu hastane grubu yöneticilerinin önem verdikleri düzeyde, hastanelerin ölçüm yapmadığını göstermektedir.

Özel Hastaneler Grubuna ait içsel süreçler boyutuna ilişkin bulgular ise Tablo 3.12’de yer almaktadır.

Tablo 3.12: Özel Hastaneler Grubuna Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular

İçsel Süreçler Boyutu	Özel Hastaneler Grubu							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	4,10	4,00	0,804	3,88	4,00	1,154	-1,463	0,144
Ameliyat sonrası yatış süresi	4,19	4,00	0,762	4,16	4,00	0,784	-0,141	0,888
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	4,14	4,00	0,725	4,03	4,00	0,794	-0,969	0,332
Sezaryen oranı	3,95	4,00	0,878	3,60	4,00	1,042	-2,662	0,008
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	4,07	4,00	0,680	3,66	4,00	1,034	-3,292	0,001
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	4,14	4,00	0,844	3,79	4,00	1,004	-3,309	0,001
Laboratuvar tetkik sayısı	4,20	4,00	0,693	4,04	4,00	0,715	-1,938	0,053
Ortalama yatış süresi	4,20	4,00	0,783	3,92	4,00	0,929	-2,777	0,005
Yatak doluluk oranı	4,37	4,50	0,709	4,00	4,00	0,903	-2,777	0,005
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,18	4,00	0,687	3,68	4,00	1,006	-3,623	0,000

Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,18	4,00	0,761	3,60	4,00	1,079	-4,069	0,000
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	4,01	4,00	0,774	3,52	4,00	1,034	-3,832	0,000
Mortalite oranı	4,25	4,00	0,819	3,78	4,00	0,868	-3,602	0,000
Hastane enfeksiyon hızı	4,41	5,00	0,819	4,29	4,00	0,723	-1,161	0,245
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	4,33	5,00	0,806	3,83	4,00	0,938	-3,726	0,000

Özel hastaneler grubuna ait İçsel Süreçler Boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda kamu hastane yöneticileri gibi, özel hastaneler grubu yöneticilerinin de önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçü için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin içsel süreçler boyutuna ait ölçütlerden, “Sezaryen oranı” ($3,95 \pm 0,878$) dışında tüm önemlilik düzeyi ölçütlerinden 4 üstü gibi yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Bunun yanında, özel hastaneler grubu yöneticilerinin iç süreçler boyutunda en fazla “Hastane enfeksiyon hızı” ($4,41 \pm 0,819$), “Yatak doluluk oranı” ($4,37 \pm 0,709$) ve “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ($4,33 \pm 0,806$) ölçütlerine önem verdikleri görülmektedir.

Özel hastaneler grubuna ait İçsel Süreçler Boyutuna ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, “Hastane enfeksiyon hızı” ($4,29 \pm 0,723$), “Ameliyat sonrası yatış süresi” ($4,16 \pm 0,784$), “Laboratuvar tetkik sayısı” ($4,04 \pm 0,715$) ve “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ($4,03 \pm 0,794$) gibi ölçütlerin puanı ölçüm sıklığında 4 puanın üstünde ölçülürken diğer ölçütlerin puanının 4 puanın altında olduğu görülmektedir.

Özel hastaneler grubuna ait İçsel Süreçler Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, “Hastane enfeksiyon hızı” ($z=1,161$ $p=0,245$), “Ameliyat sonrası yatış süresi” ($z=0,141$ $p=0,888$), “Laboratuvar tetkik sayısı” ($z=-1,938$ $p=0,053$), “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ($z=-0,969$ $p=0,332$) ve “Yeniden yatış oranı” ($z=1,463$ $p=0,144$) gibi ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken diğer tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum, özel hastane grubundaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunan ölçütlerin, yöneticilerin önemsemiği düzeyde ölçülmediğini göstermektedir.

Tablo 3.13’te Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’ne ait içsel süreçler boyutuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.13: Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’ne Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular

İçsel Süreçler Boyutu	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,87	4,00	0,841	2,83	3,00	1,339	4,055	0,00
Ameliyat sonrası yatış süresi	4,23	4,00	0,645	3,12	3,00	1,149	4,886	0,00
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	4,13	4,00	0,715	3,31	4,00	1,076	3,993	0,00
Sezaryen oranı	3,71	4,00	0,750	2,65	2,00	1,327	4,510	0,00
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	4,00	4,00	0,657	3,00	3,00	1,103	4,844	0,00
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	4,04	4,00	0,685	2,90	3,50	1,272	4,512	0,00
Laboratuvar tetkik sayısı	4,21	4,00	0,637	3,58	4,00	1,036	3,287	0,00
Ortalama yatış süresi	4,33	4,00	0,550	3,60	4,00	0,891	4,609	0,00
Yatak doluluk oranı	4,35	4,00	0,556	3,79	4,00	0,723	3,625	0,00
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,19	4,00	0,627	2,98	3,50	1,180	5,030	0,00
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,06	4,00	0,802	2,94	3,00	1,178	4,462	0,00
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,98	4,00	0,700	2,96	3,00	1,120	4,631	0,00
Mortalite oranı	4,04	4,00	0,593	3,17	4,00	1,115	4,361	0,00
Hastane enfeksiyon hızı	4,25	4,00	0,590	3,92	4,00	0,788	2,916	0,00
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	4,12	4,00	0,511	2,98	3,50	1,196	4,848	0,00

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’ne ait İçsel Süreçler boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda yöneticilerin önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçüt için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Önemlilik düzeyinde, İçsel Süreçler boyutuna ait ölçütlerden, “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ($3,98 \pm 0,700$), “Yeniden yatış oranı” ($3,87 \pm 0,841$) ve “Sezaryen oranı” ($3,71 \pm 0,750$) gibi ölçütler dışında tüm ölçütlerin 4 puana yakın puanlar aldıkları, diğer tüm ölçütlerin de önemlilik düzeyinde 4 üzeri puanlar aldığı görülmektedir. Yöneticilerin bu ölçütlerden en çok “Yatak doluluk oranı” ($4,35 \pm 0,556$), “Ortalama yatış süresi” ($4,33 \pm 0,550$), “Hastane enfeksiyon hızı” ($4,25 \pm 0,590$) ölçütlerini önemsedikleri saptanmıştır.

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'ne ait İçsel Süreçler boyutuna ilişkin yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, “Hastane enfeksiyon hızı” ($3,92 \pm 0,788$), “Yatak doluluk oranı” ($3,79 \pm 0,723$) ve “Ortalama yatış süresi” ($3,60 \pm 0,891$) ölçütlerinin en yüksek puanları aldıkları görülmektedir.

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'ne ait İçsel Süreçler boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu durum, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin İçsel Süreçler boyutunun hiçbir ölçütünde önem verdikleri düzeyde ölçüm yapılmadığını göstermektedir.

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait içsel süreçler boyutuna ilişkin bulgular ise Tablo 3.14'te yer almaktadır.

Tablo 3.14: Özel Üniversite Hastanesi'ne Ait İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular

İçsel Süreçler Boyutu	Özel Üniversite Hastanesi							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	4,07	4,00	0,822	3,81	4,00	1,179	-1,607	0,108
Ameliyat sonrası yatış süresi	4,17	4,00	0,780	4,12	4,00	0,796	-0,283	0,777
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	4,13	4,00	0,726	4,07	4,00	0,748	-0,302	0,763
Sezaryen oranı	3,93	4,00	0,863	3,61	4,00	1,054	-2,240	0,025
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	4,04	4,00	0,695	3,70	4,00	1,040	-2,797	0,005
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	4,12	4,00	0,814	3,83	4,00	0,963	-2,712	0,007
Laboratuvar tetkik sayısı	4,14	4,00	0,692	4,04	4,00	0,690	-1,333	0,182
Ortalama yatış süresi	4,14	4,00	0,791	3,89	4,00	0,956	-2,553	0,011
Yatak doluluk oranı	4,32	4,00	0,717	4,00	4,00	0,901	-2,338	0,019
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,12	4,00	0,676	3,70	4,00	0,968	-3,137	0,002
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,12	4,00	0,758	3,63	4,00	1,066	-3,520	0,000
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,93	4,00	0,754	3,54	4,00	1,017	-3,224	0,001
Mortalite oranı	4,19	4,00	0,827	3,77	4,00	0,871	-3,112	0,002
Hastane enfeksiyon hızı	4,35	5,00	0,837	4,27	4,00	0,741	-0,657	0,511
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	4,28	5,00	0,820	3,87	4,00	0,883	-3,128	0,002

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait İçsel Süreçler Boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin önemlilik düzeyi ortalamasından

aldıkları puanların ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin İçsel Süreçler Boyutuna ait ölçütlerden, “Sezaryen oranı” ($3,93\pm0,863$) ve “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ($3,93\pm0,754$) ölçütleri dışında tüm ölçütlerden 4 üzeri puan aldıkları görülmektedir. Bunun yanında, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin içsel süreçler boyutunda en fazla “Yatak doluluk oranı” ($4,32\pm0,717$) “Hastane enfeksiyon hızı” ($4,35\pm0,837$) ve “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ($4,28\pm0,820$) ölçütlerine önem verdikleri görülmektedir.

Özel Üniversite Hastanesi’ne ait İçsel Süreçler Boyutuna ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, “Hastane enfeksiyon hızı” ($4,27\pm0,741$), “Ameliyat sonrası yatış süresi” ($4,12\pm0,796$), “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ($4,07\pm0,748$) “Laboratuvar tetkik sayısı” ($4,04\pm0,690$) ve “Yatak doluluk oranı” ($4,00\pm0,901$) ölçütlerinin 4 üzeri puan aldıkları, diğer ölçütlerin 4 puana yakın değerler aldıkları görülmektedir.

Özel Üniversite Hastanesi’ne ait İçsel Süreçler Boyutu önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı düzeyi karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülürken, “Sezaryen oranı” ($Z=-2,240$ $p=0,025$), “Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı” ($Z=-2,797$ $p=0,005$), “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ($Z=-2,712$ $p=0,007$), “Ortalama yatış süresi” ($Z=-2,553$ $p=0,011$), “Yatak doluluk oranı” ($Z=-2,338$ $p=0,019$), “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ($Z=-3,137$ $p=0,002$), “Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” ($Z=-3,520$ $p=0,000$), “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ($Z=-3,224$ $p=0,001$), “Mortalite oranı” ($Z=-3,112$ $p=0,002$), “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ($Z=-3,128$ $p=0,002$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu istatistiksel farklılık, Özel Üniversite Hastanesi’ne ait İçsel Süreçler Boyutuna boyuttaki bu ölçütlerin, yöneticilerin önemsedığı kadar ölçülmediğini göstermektedir.

Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde hasta ve personel boyutuna ilişkin bulgulara ise Tablo 3.15’te yer verilmektedir.

Tablo 3.15: Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular

Hasta ve Personel Boyutu	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,35	5,00	0,941	3,85	4,00	1,041	-5,712	0,00
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,49	5,00	0,686	3,82	4,00	1,158	-6,245	0,00
Acil hasta memnuniyeti	4,35	5,00	0,868	3,70	4,00	1,245	-6,334	0,00
Hasta şikâyet oranı	4,42	5,00	0,690	3,96	4,00	1,059	-4,826	0,00
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,13	4,00	1,039	3,07	4,00	1,505	-7,514	0,00
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,02	4,00	1,062	2,92	4,00	1,532	-7,787	0,00
Hasta memnuniyeti	4,47	5,00	0,721	3,96	4,00	0,956	-5,711	0,00
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,26	4,00	0,835	3,32	4,00	1,464	-7,053	0,00
Personel memnuniyeti	4,19	4,00	0,950	2,86	2,00	1,306	-8,242	0,00
Personel devir hızı	4,13	4,00	0,943	2,88	3,00	1,352	-8,300	0,00

Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgulara baktığımızda, önemlilik düzeyinde, tüm ölçütlerin ortalama değerlerinin 4 puanın üzerinde olduğu gözlenmektedir. En yüksek önemlilik düzeyine sahip ölçütlerin, sırasıyla “Ayaktan hasta memnuniyeti”(4,49±0,686), “Hasta memnuniyeti”(4,47±0,721), “Hasta şikâyet oranı”(4,42±0,690) ölçütleri olduğu görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak, yöneticilerin Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin ölçütleri yüksek oranda önemseddiği söylenebilir.

Hasta ve Personel Boyutunda hastane yöneticileri tarafından puanlanan ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı dağılımlarına bakıldığında puanların yüksek oranda 3’ün üzerinde olduğu ancak yine hiçbirinin 4 puanın üstüne çıkmadığı görülmektedir. Hasta ve Personel Boyutunda ölçüm sıklığı düzeyinde, “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” (2,92±1,532), “Personel memnuniyeti” (2,86±1,306) ve “Personel devir hızı” (2,88±1,352) ölçütlerinin 3’ün altında puanlar aldıkları görülmektedir. Ölçüm sıklığı yüksek bulunan ölçütlerin ise “Hasta şikâyet oranı” (3,96±1,059) “Hasta memnuniyeti” (3,96±0,956) ve “Yatan hasta memnuniyeti” (3,85±1,041) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Hasta ve Personel Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu tüm hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde ölçüm yapılmadığı

anlamına gelmektedir. Benzer sonuca, Finansal ve İçsel Süreçler boyutlarında da ulaşılmıştır.

Kamu Hastaneleri grubuna ait hasta ve personel boyutuna ilişkin bulgular ise Tablo 3.16’da yer almaktadır.

Tablo 3.16: Kamu Hastaneleri Grubuna Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular

Hasta ve Personel Boyutu	Kamu Hastaneleri Grubu							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,09	4,00	1,079	3,40	4,00	1,109	-4,912	0,00
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,40	4,00	0,617	3,32	4,00	1,273	-5,909	0,00
Acil hasta memnuniyeti	4,18	4,00	0,917	3,20	4,00	1,332	-5,588	0,00
Hasta şikâyet oranı	4,26	4,00	0,634	3,61	4,00	1,217	-3,931	0,00
Yeni kazanılan hasta sayısı	3,86	4,00	1,106	2,42	2,00	1,404	-6,247	0,00
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	3,70	4,00	1,146	2,13	1,00	1,437	-6,701	0,00
Hasta memnuniyeti	4,33	4,00	0,738	3,65	4,00	1,062	-4,691	0,00
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,10	4,00	0,831	2,63	2,00	1,526	-6,347	0,00
Personel memnuniyeti	4,19	4,00	0,933	2,59	2,00	1,283	-6,517	0,00
Personel devir hızı	4,09	4,00	0,905	2,58	2,00	1,354	-6,640	0,00

Kamu hastaneleri grubuna ait Hasta ve Personel boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda, önemlilik düzeyinde, Hasta ve Personel boyutuna ait ölçütlerden “Yeni kazanılan hasta sayısı” ($3,86 \pm 1,106$) ve “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($3,70 \pm 1,146$) ölçütleri dışındaki tüm ölçütlerinin 4 üzeri puanlar aldıkları görülmektedir. Önemlilik düzeyinde en yüksek puanları “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($4,40 \pm 0,617$), “Hasta Memnuniyeti” ($4,33 \pm 0,738$) ve “Hasta Şikayet Oranı” ($4,26 \pm 0,634$) ölçütlerinin aldığı görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait Hasta ve Personel Süreçler boyutuna ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında ölçütlerin ortalamasının biraz üstünde veya altında değerler aldıkları görülmektedir. Buna göre Hasta ve Personel boyutuna ait ölçüm sıklığı bulgularında, “Hasta memnuniyeti” ($3,65 \pm 1,062$), “Hasta şikâyet oranı” ($3,61 \pm 1,217$) ve “Yatan hasta memnuniyeti” ($3,40 \pm 1,109$) ölçütleri en yüksek puan alan ölçütler olarak göze çarparken,

“Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($2,13 \pm 1,437$), “Personel devir hızı” ($2,58 \pm 1,354$) ve “Personel memnuniyeti” ($2,59 \pm 1,283$) ölçütleri ortalamanın altında en düşük puanlar alan ölçütler olarak görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait Hasta ve Personel boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu durum, kamu hastane grubu yöneticilerinin Hasta ve Personel boyutundaki ölçütlere önem verdikleri düzeyde, hastanelerin ölçüm yapmadığını göstermektedir. Özel Hastaneler Grubuna ait hasta ve personel boyutuna ilişkin bulgular ise Tablo 3.17’de yer almaktadır.

Tablo 3.17: Özel Hastaneler Grubuna Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular

Hasta ve Personel Boyutu	Özel Hastaneler Grubu							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,64	5,00	0,647	4,38	4,00	0,632	-2,935	0,00
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,60	5,00	0,748	4,39	4,00	0,634	-2,112	0,03
Acil hasta memnuniyeti	4,55	5,00	0,770	4,26	4,00	0,839	-2,973	0,00
Hasta şikâyet oranı	4,60	5,00	0,712	4,36	4,00	0,647	-2,968	0,00
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,44	5,00	0,866	3,83	4,00	1,248	-4,375	0,00
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,39	5,00	0,818	3,82	4,00	1,073	-3,944	0,00
Hasta memnuniyeti	4,63	5,00	0,670	4,32	4,00	0,658	-3,317	0,00
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,45	5,00	0,807	4,10	4,00	0,882	-3,235	0,00
Personel memnuniyeti	4,18	4,00	0,976	3,17	4,00	1,271	-5,079	0,00
Personel devir hızı	4,18	4,00	0,989	3,22	4,00	1,273	-4,989	0,00

Özel hastaneler grubuna ait Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda, kamu hastane yöneticileri gibi, özel hastaneler grubu yöneticilerinin de önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçü için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin Hasta ve Personel boyutuna ait ölçütlerin tamamında 4 üstü gibi yüksek puanlar aldığı gözlenmektedir. Bunun yanında, özel hastaneler grubu yöneticilerinin Hasta ve Personel boyutunda en fazla “Yatan hasta memnuniyeti” ($4,64 \pm 0,647$), “Hasta Memnuniyeti” ($4,63 \pm 0,670$), “Ayaktan hasta

memnuniyeti” (4,60±0,748) ve “Hasta Şikayet Oranı” (4,60±0,712) ölçütlerine önem verdikleri görülmektedir.

Özel hastaneler grubuna ait Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, “Ayaktan hasta memnuniyeti” (4,39±0,634), “Yatan hasta memnuniyeti”(4,38±0,632), “Hasta Şikayet Oranı” (4,36±0,647) “Hasta Memnuniyeti” (4,32±0,658), “Acil hasta memnuniyeti” (4,26±0,839) ve “Ayakta hasta bekleme süreleri”(4,10±0,882) gibi ölçütlerin puanı ölçüm sıklığında 4 puanın üstünde ölçülürken diğer ölçütlerden “Yeni kazanılan hasta sayısı” (3,83±1,248), “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” (3,82±1,073), “Personel devir hızı” (3,22±1,273) ve “Personel memnuniyeti” (3,17±1,271) ölçütlerinin 4 puanın altında olduğu görülmektedir.

Özel hastaneler grubuna ait Hasta ve Personel Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu durum, Özel hastane grubu yöneticilerinin Hasta ve Personel boyutundaki ölçütlere önem verdikleri düzeyde, hastanelerinde ölçüm yapılmadığını göstermektedir. Tablo 3.18’de Kamu Üniversite Hastanesi’ne ait hasta ve personel boyutuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.18: Kamu Üniversite Hastanesi’ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular

Hasta ve Personel Boyutu	Kamu Üniversite Hastanesi							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,25	4,00	0,653	3,21	3,00	0,936	-4,751	0,00
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,29	4,00	0,572	2,81	3,50	1,329	-5,118	0,00
Acil hasta memnuniyeti	4,23	4,00	0,645	2,77	3,00	1,308	-5,284	0,00
Hasta şikâyet oranı	4,21	4,00	0,498	3,21	4,00	1,319	-4,029	0,00
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,08	4,00	0,813	2,04	2,00	1,137	-5,840	0,00
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,00	4,00	0,686	1,88	1,00	1,132	-6,022	0,00
Hasta memnuniyeti	4,31	4,00	0,579	3,44	4,00	1,110	-4,048	0,00
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,13	4,00	0,595	2,33	2,00	1,438	-5,478	0,00

Personel memnuniyeti	4,2 7	4,00	0,564	2,19	2,00	1,067	-5,896	0,00
Personel devir hızı	4,2 7	4,00	0,564	2,65	2,00	1,251	-5,278	0,00

Kamu Üniversite Hastanesi'ne ait Hasta ve Personel boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda yöneticilerin önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçüt için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Önemlilik düzeyinde, Hasta ve Personel boyutuna ait ölçütlerden tüm ölçütlerin 4 üzeri puanlar aldığı görülmektedir. Yöneticilerin bu ölçütlerden en çok “Hasta memnuniyeti” ($4,31 \pm 0,579$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($4,29 \pm 0,572$), “Personel memnuniyeti” ($4,27 \pm 0,564$) ve “Personel devir hızı” ($4,27 \pm 0,564$) ölçütlerini önemsedikleri saptanmıştır.

Kamu Üniversite Hastanesi'ne ait Hasta ve Personel boyutuna ilişkin yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, sadece “Hasta memnuniyeti” ($3,44 \pm 1,110$), “Hasta şikâyet oranı” ($3,21 \pm 1,319$) ve “Yatan hasta memnuniyeti” ($3,21 \pm 0,936$) ölçütlerinin ortalama puan olan 3'ten yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Kamu Üniversite Hastanesi'ne ait Hasta ve Personel boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu durum, Kamu Üniversite Hastanesi yöneticilerinin Hasta ve Personel boyutunun hiçbir ölçütünde önem verdikleri düzeyde ölçüm yapılmadığını göstermektedir.

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait hasta ve personel boyutuna ilişkin bulgular Tablo 3.19'da incelenmektedir.

Tablo 3.19: Özel Üniversite Hastanesi'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Bulgular

Hasta ve Personel Boyutu	Özel Üniversite Hastanesi							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,60	5,00	0,668	4,39	4,00	0,647	-2,330	0,02
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,56	5,00	0,773	4,41	4,00	0,649	-1,479	0,13
Acil hasta memnuniyeti	4,50	5,00	0,794	4,26	4,00	0,869	-2,387	0,02
Hasta şikâyet oranı	4,56	5,00	0,735	4,36	4,00	0,664	-2,336	0,02

Yeni kazanılan hasta sayısı	4,46	5,00	0,793	3,91	4,00	1,147	-3,974	0,00
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,35	5,00	0,837	3,97	4,00	0,884	-3,197	0,00
Hasta memnuniyeti	4,59	5,00	0,693	4,33	4,00	0,675	-2,723	0,00
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,45	5,00	0,718	4,21	4,00	0,635	-2,656	0,00
Personel memnuniyeti	4,13	4,00	0,999	3,13	4,00	1,273	-4,776	0,00
Personel devir hızı	4,20	4,00	0,948	3,29	4,00	1,253	-4,579	0,00

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin Hasta ve Personel Boyutuna ait ölçütlerden 4 üzeri puan aldıkları görülmektedir. Bunun yanında, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin Hasta ve Personel Boyutunda en fazla Yöneticilerin bu ölçütlerden en çok “Yatan hasta memnuniyeti” ($4,60 \pm 0,668$), “Hasta memnuniyeti” ($4,59 \pm 0,693$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($4,56 \pm 0,773$) ve “Hasta şikâyet oranı” ($4,56 \pm 0,735$) ölçütlerine önem verdikleri görülmektedir.

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, “Personel devir hızı” ($3,29 \pm 1,253$) ve “Personel memnuniyeti” ($3,13 \pm 1,273$) ölçütlerinden 3 üzeri puanlar aldıkları diğer ölçütlerden 4 puan üzeri ve 4'e yakın puanlar aldıkları görülmektedir.

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait Hasta ve Personel Boyutu önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı düzeyi karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülürken, sadece “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($Z=1,479$ $p=0,139$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna göre “Ayaktan hasta memnuniyeti” ölçütü dışında kalan Hasta ve Personel Boyutu ölçütlerinin, yöneticilerin önemseydiği kadar ölçülmediğini göstermektedir.

Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin bulgular Tablo 3.20'de yer almaktadır.

Tablo 3.20: Çalışmaya Katılan Tüm Hastanelerde Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular

Öğrenme ve Gelişme Boyutu	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,53	4,00	1,107	2,22	2,00	1,224	-8,583	0,00
Tıbbi araştırma giderleri	3,64	4,00	1,159	2,14	2,00	1,145	-9,516	0,00
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,60	4,00	1,131	2,12	2,00	1,084	-9,629	0,00
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	3,72	4,00	1,070	2,21	2,00	1,099	-9,557	0,00
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,01	4,00	0,855	2,46	2,00	1,148	-9,871	0,00
Kalite iyileştirme takımları sayısı	3,98	4,00	0,873	2,55	2,00	1,098	-9,810	0,00
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,88	4,00	0,886	2,40	2,00	1,067	-9,974	0,00
Hizmet içi eğitim giderleri	3,69	4,00	1,057	2,28	2,00	1,116	-9,341	0,00

Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgulara baktığımızda, Finansal, İçsel Süreçler, Müşteri boyutlarında olduğu önemlilik düzeyinde, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının ölçüm sıklığı düzeyi puanlarından yüksek çıktığı gözlenmektedir. Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyindeki tüm ölçütlerin 3 puanın üzerinde olduğu ve en yüksek önemlilik düzeyine sahip ölçütlerin sırasıyla “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($4,01 \pm 0,855$), “Kalite iyileştirme takımları sayısı” ($3,98 \pm 0,873$) ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ($3,88 \pm 0,886$) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Öğrenme ve Gelişme Boyutunda hastane yöneticileri tarafından puanlanan ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı dağılımlarına bakıldığında, puanların tamamen 3’ün altında olduğu görülmektedir. Ölçüm sıklığı görece yüksek bulunan ölçütlerin ise “Kalite iyileştirme takımları sayısı” ($2,55 \pm 1,098$), “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($2,46 \pm 1,148$) ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ($2,40 \pm 1,067$) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu tüm hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde ölçüm yapılmadığı anlamına gelmektedir. Benzer sonuca, Finansal ve İçsel Süreçler ve

Müşteri boyutlarında da ulaşılmıştır. Tablo 3.21’de Kamu Hastaneleri Grubuna ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3.21: Kamu Hastaneleri Grubuna Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular

Öğrenme ve Gelişme Boyutu	Kamu Hastaneleri Grubu						Test Değerleri	
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,33	4,00	1,181	2,05	2,00	1,164	-6,061	0,00
Tıbbi araştırma giderleri	3,57	4,00	1,239	1,86	2,00	0,985	-7,334	0,00
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,44	4,00	1,230	1,90	2,00	0,959	-7,119	0,00
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	3,55	4,00	1,113	2,01	2,00	0,977	-7,180	0,00
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,02	4,00	0,947	2,35	2,00	1,204	-7,332	0,00
Kalite iyileştirme takımları sayısı	3,89	4,00	0,952	2,35	2,00	1,029	-7,554	0,00
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,89	4,00	0,952	2,22	2,00	1,011	-7,617	0,00
Hizmet içi eğitim giderleri	3,55	4,00	1,174	1,94	2,00	0,975	-7,086	0,00

Kamu hastaneleri grubuna ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgulara baktığımızda, tüm ölçütlerde önemlilik düzeyi puanlarının ölçüm sıklığı düzeyi puanlarından yüksek çıktığı gözlenmektedir. Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyindeki tüm ölçütlerin 3 puanın üzerinde olduğu ve en yüksek önemlilik düzeyine sahip ölçütlerin sırasıyla “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($4,02 \pm 0,947$), “Tıbbi araştırma giderleri” ($3,89 \pm 0,952$) ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ($3,89 \pm 0,952$) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna ilişkin bulgulardan yöneticilerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında ölçütlerin ortalamasının altında değerler aldıkları görülmektedir. Özellikle, “Hizmet içi eğitim giderleri” ($1,94 \pm 0,975$), “Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı” ($1,90 \pm 0,959$) ve “Tıbbi araştırma giderleri” ($1,86 \pm 0,985$) ölçütlerinin ortalamasının altında, en düşük puanlar alan ölçütler oldukları görülmektedir.

Kamu hastaneleri grubuna ait Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu durum, kamu hastane grubu yöneticilerinin Öğrenme ve Gelişme Boyutundaki ölçütlere önem verdikleri düzeyde, hastanelerde ölçüm yapılmadığını göstermektedir.

Özel Hastaneler Grubu'na ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin bulgulara ise Tablo 3.22'de yer verilmektedir.

Tablo 3.22: Özel Hastaneler Grubu'na Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular

Öğrenme ve Gelişme Boyutu	Özel Hastaneler Grubu							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,75	4,00	0,975	2,42	2,00	1,268	-6,113	0,00
Tıbbi araştırma giderleri	3,71	4,00	1,062	2,46	2,00	1,238	-5,949	0,00
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,78	4,00	0,982	2,38	2,00	1,166	-6,480	0,00
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	3,91	4,00	0,989	2,43	2,00	1,193	-6,316	0,00
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,00	4,00	0,743	2,58	2,00	1,074	-6,629	0,00
Kalite iyileştirme takımları sayısı	4,09	4,00	0,764	2,78	2,00	1,138	-6,289	0,00
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,88	4,00	0,811	2,62	2,00	1,095	-6,379	0,00
Hizmet içi eğitim giderleri	3,86	4,00	0,884	2,67	2,00	1,148	-6,083	0,00

Özel hastaneler grubuna ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna ilişkin bulgulara baktığımızda, kamu hastane yöneticileri gibi, özel hastaneler grubu yöneticilerinin de önemlilik düzeyi ortalamasından aldıkları puanların her ölçü için ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlardan yüksek çıktığı görülmektedir. Yöneticilerin müşteri boyutuna ait ölçütler 4 üstü veya 4'e yakın puanlar aldığı gözlenmektedir. Bunun yanında, özel hastaneler grubu yöneticilerinin Öğrenme ve Gelişme boyutunda en fazla “Kalite iyileştirme takımları sayısı” ($4,09 \pm 0,764$), “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($4,00 \pm 0,743$) ve “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı” ($3,91 \pm 0,989$) ölçütlerine önem verdikleri görülmektedir.

Özel hastaneler grubuna ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna ilişkin bulgulardan hastanelerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında, tüm ölçütlerde hastanelerin ortalama puan olan 3'ten düşük puanlar aldıkları görülmektedir.

Özel hastaneler grubuna ait Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmasına bakıldığında tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu gözlenmiştir. Bu durum, Özel hastane grubu yöneticilerinin Öğrenme ve Gelişme Boyutundaki ölçütlere önem verdikleri düzeyde, hastanelerde ölçüm yapılmadığını göstermektedir.

Kamu Üniversite Hastanesi'ne ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin bulgular Tablo. 3.23'te incelenmektedir.

Tablo 3.23: Kamu Üniversite Hastanesi'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular

Öğrenme ve Gelişme Boyutu	Kamu Üniversite Hastanesi							
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,60	4,00	0,913	2,00	2,00	0,929	-5,300	0,00
Tıbbi araştırma giderleri	4,00	4,00	0,767	2,04	2,00	0,839	-6,078	0,00
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,87	4,00	0,817	2,13	2,00	0,817	-5,818	0,00
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	3,71	4,00	0,825	2,23	2,00	0,807	-5,663	0,00
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,19	4,00	0,595	2,52	2,00	1,196	-5,778	0,00
Kalite iyileştirme takımları sayısı	3,96	4,00	0,625	2,29	2,00	0,800	-6,060	0,00
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,96	4,00	0,656	2,19	2,00	0,864	-5,979	0,00
Hizmet içi eğitim giderleri	4,02	4,00	0,641	1,94	2,00	0,725	-6,190	0,00

Kamu Üniversite Hastanesi'ne ait Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyindeki tüm ölçütlerin 3 puanın üzerinde olduğu ve bunlardan en yüksek önemlilik düzeyine sahip ölçütlerin sırasıyla 4 üzeri puan alan “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($4,19 \pm 0,595$), “Hizmet içi eğitim giderleri” ($4,02 \pm 0,641$) ve “Tıbbi araştırma giderleri” ($4,00 \pm 0,767$) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Öğrenme ve Gelişme Boyutunda hastane yöneticileri tarafından puanlanan ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı dağılımlarına bakıldığında, puanların tamamen 3'ün altında olduğu görülmektedir. Ölçüm sıklığı görece yüksek bulunan ölçütlerin ise “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($2,52 \pm 1,196$), “Kalite iyileştirme takımları sayısı”

(2,29±0,800) ve “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği” (2,23±0,807) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Kamu Üniversite Hastanesi’ne ait Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı düzeyleri karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu tüm hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde ölçüm yapılmadığı anlamına gelmektedir. Benzer sonuca, Finansal ve İçsel Süreçler ve Müşteri boyutlarında da ulaşılmıştır.

Özel Üniversite Hastanesi’ne ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin bulgular ise Tablo 3.24’te yer almaktadır.

Tablo 3.24: Özel Üniversite Hastanesi’ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular

Öğrenme ve Gelişme Boyutu	Özel Üniversite Hastanesi						Test Değerleri	
	Önemlilik Düzeyi			Ölçüm Sıklığı				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,79	4,00	0,946	2,52	2,00	1,279	-5,646	0,000
Tıbbi araştırma giderleri	3,86	4,00	0,921	2,58	2,00	1,230	-5,699	0,000
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,91	4,00	0,864	2,52	2,00	1,133	-6,157	0,000
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	4,00	4,00	0,933	2,57	2,00	1,169	-5,908	0,000
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,01	4,00	0,732	2,62	2,00	1,086	-6,246	0,000
Kalite iyileştirme takımları sayısı	4,06	4,00	0,778	2,83	2,00	1,124	-5,839	0,000
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,83	4,00	0,816	2,65	2,00	1,082	-5,938	0,000
Hizmet içi eğitim giderleri	3,87	4,00	0,833	2,77	2,00	1,152	-5,631	0,000

Özel Üniversite Hastanesi’ne ait Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyindeki tüm ölçütlerin 3 puanın üzerinde olduğu ve bunlardan en yüksek önemlilik düzeyine sahip ölçütlerin sırasıyla 4 üzeri puan alan “Kalite iyileştirme takımları sayısı” (4,06±0,778), “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” (4,01±0,732) ve “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı” (4,00±0,641) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait Öğrenme ve Gelişme Boyutunda hastane yöneticileri tarafından puanlanan ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı dağılımlarına bakıldığında, tüm ölçütlerdeki puanların tamamen 3'ün altında olduğu görülmektedir. Ölçüm sıklığı görece yüksek bulunan ölçütlerin ise “Kalite iyileştirme takımları sayısı” ($2,83 \pm 1,124$) ve “Hizmet içi eğitim giderleri” ($2,77 \pm 1,152$) ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ($2,65 \pm 1,082$) ölçütleri olduğu görülmektedir.

Özel Üniversite Hastanesi'ne ait Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı düzeyleri karşılaştırmasına bakıldığında, tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu tüm hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde ölçüm yapılmadığı anlamına gelmektedir. Benzer sonuca, Finansal ve İçsel Süreçler ve Müşteri boyutlarında da ulaşılmıştır.

3.5.5. Performans Ölçütlerinin Önemi ve Ölçüm Sıklıklarının Hastanelerin Mülkiyetine Göre Karşılaştırılması

Araştırmanın bu kısmında, özel ve kamuya ait hastane grubu yöneticilerine Dengeli Ölçüm Kartı'nın dört boyutuna ilişkin önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeylerindeki ölçütler baz alınarak sorular yönetilmiş, verdikleri cevaplar çeşitli değişkenler doğrultusunda karşılaştırılmaya tabi tutulmuştur. Performans ölçütlerinin, 10'u finansal, 15'i iç süreçler, 10'u müşteri ve 8'i öğrenme ve gelişme boyutlarına ait olmakla birlikte toplamda 43 göstergeden oluşmaktadır. Her bir ölçütün değerlendirmesi 5'li likert ölçeğine uygun şekilde yapılmıştır. Ölçütlerin aldığı değerlerin 5'e yaklaştıkça yükseldiğini, 1'e yaklaştıkça azaldığını göstermektedir.

Kamu Hastaneleri ve Özel Hastaneler Grubu ait finansal boyuta ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3.25'te gösterilmektedir.

Tablo 3.25: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin karlılığı	3,76	4,00	0,910	3,95	4,00	0,667	0,967	0,306
Varlıkların devir hızı	3,73	4,00	0,893	3,83	4,00	0,637	0,853	0,461
Personel harcamaları	3,94	4,00	0,963	4,12	4,00	0,688	0,728	0,664
Tıbbi malzeme gideri	4,16	4,00	0,829	4,21	4,00	0,749	0,250	1,000

Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,22	4,00	0,864	4,13	4,00	0,695	0,853	0,461
Hasta günü maliyeti	4,09	4,00	0,892	4,18	4,00	0,663	0,468	0,981
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,06	4,00	0,822	4,14	4,00	0,720	0,187	1,000
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,88	4,00	1,026	4,21	4,00	0,718	0,867	0,440
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,17	4,00	0,861	4,21	4,00	0,789	0,149	1,000
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,15	4,00	0,878	4,09	4,00	0,751	0,439	0,990

Tablo 3.25’deki finansal boyuta ilişkin ölçütlerin yöneticiler nezdinde önem düzeylerine bakıldığında, Özel hastaneler grubu yöneticilerinin “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ölçütleri dışındaki finansal boyuta ilişkin tüm ölçütlere daha fazla önem verdikleri görülmektedir. Özel hastaneler grubu yöneticilerinin “Toplam giderin toplam gelire oranı”, “Tıbbi malzeme gideri” ve “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ölçütlerini daha fazla önemsedikleri görülürken; Kamu hastaneleri grubu yöneticilerinin, “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti”, “Toplam giderin toplam gelire oranı” ve “Tıbbi malzeme gideri” ölçütlerini önemsedikleri görülmektedir. İki grupta da “Toplam giderin toplam gelire oranı” ve “Tıbbi malzeme gideri” ölçütlerinin en yüksek puanları aldıkları saptanmıştır. Fakat bu farklılıkların hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum finansal boyut ölçütlerinin Özel hastaneler grubunda görece daha fazla önemsendiğini göstermektedir.

Kamu Hastaneleri ve Özel Hastaneler Grubuna ait finansal boyuta ilişkin ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3.26’da gösterilmektedir.

Tablo 3.26: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin karlılığı	2,86	3,50	1,391	3,79	4,00	1,268	1,833	0,002
Varlıkların devir hızı	2,81	2,00	1,276	3,45	4,00	1,389	1,505	0,022
Personel harcamaları	3,02	4,00	1,268	3,96	4,00	1,026	1,978	0,001
Tıbbi malzeme gideri	3,44	4,00	1,173	4,04	4,00	0,958	1,218	0,103
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	3,32	4,00	1,170	4,04	4,00	0,855	1,421	0,035

Hasta günü maliyeti	3,35	4,00	1,223	4,08	4,00	0,891	1,650	0,009
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	3,35	4,00	1,213	4,13	4,00	0,914	1,627	0,010
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,36	4,00	1,215	4,18	4,00	0,884	1,685	0,007
Toplam giderin toplam gelire oranı	3,25	4,00	1,196	3,86	4,00	1,085	1,446	0,031
Toplam borcun toplam gelire oranı	3,26	4,00	1,208	3,77	4,00	1,146	1,280	0,076

Kamu hastane grubu ve özel hastane grubu yöneticilerinin finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı puanlamalarına bakıldığında, tüm ölçütlerde özel hastane grubu yöneticilerinin daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Özel hastaneler grubunda finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı değerlendirmelerinde, en fazla puanları, “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti”, “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ve “Hasta günü maliyeti” ölçütlerinin aldığı görülürken; Kamu hastaneleri grubunda “Tıbbi malzeme gideri”, “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti”, “Hasta günü maliyeti” ve “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ölçütlerinin en yüksek puanları aldıkları görülmektedir. Özellikle özel sektör için çok daha hayati olduğu düşünülen “Sermayenin karlılığı” ve “Varlıkların devir hızı” gibi ölçütlerin Kamu hastaneleri grubuna nazaran yönetici değerlendirmesinde daha yüksek puanlar aldıkları ve “Sermayenin karlılığı” ($Z=1,833$ $p=0,002$) ve “Varlıkların devir hızı” ($Z=1,505$ $p=0,022$) gibi ölçütlerde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmektedir.

Kamu hastane grubu ve özel hastane grubu yöneticilerinin finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı puanlamalar karşılaştırıldığında, “Personel harcamaları” ($Z=1,978$ $p=0,001$), “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($Z=1,421$ $p=0,035$), “Hasta günü maliyeti” ($Z=1,650$ $p=0,009$), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ($Z=1,627$ $p=0,010$), “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ($Z=1,685$ $p=0,007$) ve “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($Z=1,446$ $p=0,031$) ölçütlerinde istatistiksel olarak istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıkların, yapılan karşılaştırmalar sonucunda, Özel hastaneler grubundaki finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı değerlerinin daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bulunan farklılıklardan hareketle, finansal boyut ölçütlerinin ölçümlerinin, Özel Hastanelerde daha fazla önemsendiği sonucuna varılmaktadır. Bu durumun, özel hastanelerin kar amaçlı faaliyet gösteren kuruluşlar olmasının yanında, finansal performansa daha yüksek düzeyde önem atfetmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Tablo 3.27’de Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri gruplarına ait finansal boyuta ilişkin

ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 3.27: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Finansal Boyuta İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu		Özel Hastaneler Grubu		p
	N/P		N/P		
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Sermayenin Karlılığı	65	23	45	32	0,036
	73,9%	26,1%	58,4%	41,6%	
Varlıkların devir hızı	52	36	52	25	0,262
	59,1%	40,9%	67,5%	32,5%	
Personel harcamaları	51	37	52	25	0,205
	58,0%	42,0%	67,5%	32,5%	
Tıbbi malzeme gideri	58	30	50	27	0,896
	65,9%	34,1%	64,9%	35,1%	
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	47	41	51	26	0,094
	53,4%	46,6%	66,2%	33,8%	
Hasta günü maliyeti	51	37	51	26	0,275
	58,0%	42,0%	66,2%	33,8%	
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	54	34	46	31	0,831
	61,4%	38,6%	59,7%	40,3%	
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	53	35	45	32	0,816
	60,2%	39,8%	58,4%	41,6%	
Toplam giderin toplam gelire oranı	57	31	51	26	0,844
	64,8%	35,2%	66,2%	33,8%	
Toplam borcun toplam gelire oranı	57	31	54	23	0,464
	64,8%	35,2%	70,1%	29,9%	

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Finansal Boyuta İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında sadece

“Sermayenin karlılığı” ($p=0,036$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Aradaki farklılığın, kamu hastane grubu yöneticilerinin %73,9’unun verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu durum, hem Özel hem Kamu Hastane Gruplarında ölçümlerin belirlenen periyotların dışında yapıldığı veya sadece belirli, sınırlı bir birimin bilgisi dahilinde yapıldığını göstermektedir. Buradan hareketle Dengeli Ölçüm Kartı’nın stratejinin en alt birimlere kadar aktarılıp tüm kurumun işi olarak görülmesi prensibine aykırı bir durumun mevcudiyetinden söz edilebilir.

Finansal boyuta ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri düzeyindeki karşılaştırması ise Tablo 3.28’de gösterilmektedir.

Tablo 3.28: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne Göre Finansal Boyuta İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamu Üni. Hast.			Özel Üni. Hast.			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin karlılığı	3,94	4,00	0,777	3,96	4,00	0,690	0,195	1,000
Varlıkların devir hızı	3,90	4,00	0,799	3,83	4,00	0,659	0,585	0,883
Personel harcamaları	4,27	4,00	0,660	4,10	4,00	0,684	0,540	0,932
Tıbbi malzeme gideri	4,29	4,00	0,637	4,17	4,00	0,742	0,567	0,904
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,37	4,00	0,658	4,13	4,00	0,700	0,882	0,418
Hasta günü maliyeti	4,31	4,00	0,673	4,14	4,00	0,643	0,750	0,627
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,23	4,00	0,581	4,13	4,00	0,721	0,516	0,953
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,10	4,00	0,721	4,20	4,00	0,719	0,376	0,999
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,35	4,00	0,590	4,17	4,00	0,785	0,791	0,559
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,33	4,00	0,617	4,12	4,00	0,718	0,686	0,734

Tablo 3.28’de yer alan finansal boyuta ilişkin ölçütlerin önem düzeylerine bakıldığında, her ölçütte Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’nin birbirine yakın puanlar aldıkları gözlenmektedir. Hem Özel hem de Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’nin “Sermayenin karlılığı” ve “Varlıkların devir hızı” ölçütlerinde 4’e yakın, diğer finansal boyut ölçütlerinde 4 üzeri gibi yüksek puanları aldıkları saptanmıştır. Bu yakınlıktan dolayı, ölçütlerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu durum

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, diğer Kamu Hastaneleri yöneticilerinden daha yüksek puanlar aldığı ve performans ölçümü konusunda daha bilinçli oldukları sonucunu doğurmaktadır.

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne ait finansal boyuta ilişkin ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlar ise Tablo 3.29'da gösterilmektedir.

Tablo 3.29: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Üni. Hast.			Özel Üni. Hast.			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin karlılığı	2,58	2,00	1,363	3,84	4,00	1,268	2,140	0,000
Varlıkların devir hızı	2,67	2,00	1,184	3,46	4,00	1,410	1,902	0,001
Personel harcamaları	2,81	2,00	1,189	3,97	4,00	0,985	2,483	0,000
Tıbbi malzeme gideri	3,31	4,00	1,164	4,04	4,00	0,915	1,489	0,024
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	3,33	4,00	1,024	4,09	4,00	0,818	1,463	0,028
Hasta günü maliyeti	3,37	4,00	1,048	4,09	4,00	0,836	1,647	0,009
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	3,40	4,00	1,107	4,14	4,00	0,862	1,489	0,024
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,44	4,00	1,127	4,20	4,00	0,827	1,633	0,010
Toplam giderin toplam gelire oranı	3,12	3,00	1,215	3,91	4,00	1,060	1,927	0,001
Toplam borcun toplam gelire oranı	3,17	3,00	1,232	3,91	4,00	1,018	1,900	0,001

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri yöneticilerinin finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı puanlamalarına bakıldığında, tüm ölçütlerde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre, “Sermayenin karlılığı”, ($Z=2,140$ $p=0,000$), “Varlıkların devir hızı” ($Z=1,902$ $p=0,001$), “Personel harcamaları” ($Z=2,483$ $p=0,000$), “Tıbbi malzeme gideri” ($Z=1,489$ $p=0,024$), “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($Z=1,463$ $p=0,028$), “Hasta günü maliyeti” ($Z=1,647$ $p=0,009$), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ($Z=1,489$ $p=0,024$), “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ($Z=1,633$ $p=0,010$), “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($Z=1,927$ $p=0,001$) ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($Z=1,900$ $p=0,001$) ölçütlerinin tamamında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasının nedeni, her ölçütte özel üniversite hastanesi yöneticilerinin daha yüksek puanlar almasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Fakat gerçek ölçüm sıklıklarına bakıldığında, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanlarından yüksek oranlarda sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu da her iki üniversite hastanesinde performans ölçümünün sadece belirli, sınırlı bir birimin işi olarak görüldüğünü, bunun yanında performans çalışmalarına katılım konusunda bir isteksizlik durumu olabileceğini ve Dengeli Ölçüm Kartı anlayışına aykırı bir şekilde icra edildiğini göstermektedir. Tablo 3.30’da Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne göre finansal boyuta ait ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 3.30: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Üni. Hast.		Özel Üni. Hast.		p
	N/P		N/P		
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Sermayenin Karlılığı	37	15	43	27	0,264
	71,2%	28,8%	61,4%	38,6%	
Varlıkların devir hızı	25	27	50	20	0,009
	48,1%	51,9%	71,4%	28,6%	
Personel harcamaları	22	30	50	20	0,001
	42,3%	57,7%	71,4%	28,6%	
Tıbbi malzeme gideri	27	25	49	21	0,042
	51,9%	48,1%	70,0%	30,0%	
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	22	30	50	20	0,001
	42,3%	57,7%	71,4%	28,6%	
Hasta günü maliyeti	25	27	50	20	0,009
	48,1%	51,9%	71,4%	28,6%	
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	28	24	45	25	0,245
	53,8%	46,2%	64,3%	35,7%	
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	28	24	44	26	0,317
	53,8%	46,2%	62,9%	37,1%	
Toplam giderin toplam gelire oranı	28	24	49	21	0,067
	53,8%	46,2%	70,0%	30,0%	
Toplam borcun toplam gelire oranı	29	23	51	19	0,049
	55,8%	44,2%	72,9%	27,1%	

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Göre Finansal Boyuta Ait Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında, “Varlıkların devir hızı” ($p=0,264$), “Personel harcamaları” ($p=0,001$), “Tıbbi malzeme gideri” ($p=0,042$), “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($p=0,001$), “Hasta günü maliyeti” ($p=0,009$) ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($p=0,049$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aradaki farklılığın, “Varlıkların devir hızı” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %71,4’ünün, “Personel harcamaları” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %71,4’ünün, “Tıbbi malzeme gideri” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %70,0’inin, “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %71,4’ünün, “Hasta günü maliyeti” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %71,4’ünün ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %71,4’ünün verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Kamu Hastaneleri ve Özel Hastaneler Grubuna ait iç süreçler boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3.31’de gösterilmektedir.

Tablo 3.31: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,78	4,00	1,108	4,10	4,00	0,804	0,843	0,477
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,92	4,00	1,042	4,19	4,00	0,762	0,593	0,873
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,83	4,00	1,053	4,14	4,00	0,725	0,722	0,675
Sezaryen oranı	3,58	4,00	1,101	3,95	4,00	0,878	0,703	0,707
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,84	4,00	0,908	4,07	4,00	0,680	0,508	0,959
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,67	4,00	1,152	4,14	4,00	0,844	1,142	0,147
Laboratuvar tetkik sayısı	3,88	4,00	1,102	4,20	4,00	0,693	0,798	0,547
Ortalama yatış süresi	4,07	4,00	0,992	4,20	4,00	0,783	0,489	0,971
Yatak doluluk oranı	4,08	4,00	1,020	4,37	4,50	0,709	1,016	0,253

Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,08	4,00	0,861	4,18	4,00	0,687	0,298	1,000
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	3,89	4,00	1,077	4,18	4,00	0,761	0,600	0,865
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,92	4,00	0,973	4,01	4,00	0,774	0,497	0,966
Mortalite oranı	3,78	4,00	1,077	4,25	4,00	0,819	1,501	0,022
Hastane enfeksiyon hızı	4,07	4,00	0,944	4,41	5,00	0,819	1,761	0,004
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	3,83	4,00	1,085	4,33	5,00	0,806	1,849	0,002

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanlara bakıldığında, tüm ölçütlerde özel hastaneler grubu yöneticilerinin daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Önemlilik düzeyi ölçütlerinden “Mortalite oranı” ($Z=1,501$ $p=0,022$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan karşılaştırma sonucu bu farkın, özel hastane grubu yöneticilerinin “Mortalite oranı” ölçütüne daha fazla önem vermesinden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre İç Süreçler Boyutuna ait ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan bir diğer ölçüt olarak “Hastane enfeksiyon hızı” ($Z=1,761$ $p=0,004$) bulunmuştur. Karşılaştırma sonucu aradaki farkın, özel hastane grubu yöneticilerinin “Hastane enfeksiyon hızı” ölçütüne daha fazla değer vermesinden kaynaklandığı görülmüştür.

“Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ölçütünde de önemlilik düzeyi açısından Özel Hastaneler Grubunun, Kamu hastaneleri grubuna göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüş, aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir ($Z=1,849$ $p=0,002$). İkili karşılaştırma sonucu bu farklılığın, Özel Hastane grubu yöneticilerinin “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ölçütünden daha yüksek puanlar almasından kaynaklandığı içsel süreçler boyutu ölçütleri özelinde Kamu Hastanelerine nazaran Dengeli Ölçüm Kartı’nın uygulanması yönünde daha uygun bir yaklaşım içinde olduğu söylenebilir.

Kamu Hastaneleri ve Özel Hastaneler Grubuna ait iç süreçler boyutuna ilişkin ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3.32’de gösterilmektedir.

Tablo 3.32: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	2,89	3,00	1,360	3,88	4,00	1,154	2,089	0,000
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,10	4,00	1,251	4,16	4,00	0,784	2,253	0,000
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,19	4,00	1,221	4,03	4,00	0,794	1,665	0,008
Sezaryen oranı	2,84	4,00	1,355	3,60	4,00	1,042	1,488	0,024
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,11	4,00	1,179	3,66	4,00	1,034	1,186	0,120
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	2,89	4,00	1,343	3,79	4,00	1,004	1,685	0,007
Laboratuvar tetkik sayısı	3,51	4,00	1,114	4,04	4,00	0,715	1,196	0,114
Ortalama yatış süresi	3,44	4,00	1,081	3,92	4,00	0,929	1,352	0,052
Yatak doluluk oranı	3,60	4,00	1,000	4,00	4,00	0,903	1,529	0,019
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	3,07	4,00	1,211	3,68	4,00	1,006	1,186	0,120
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	2,97	4,00	1,254	3,60	4,00	1,079	1,238	0,093
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,11	4,00	1,188	3,52	4,00	1,034	0,780	0,577
Mortalite oranı	3,14	4,00	1,205	3,78	4,00	0,868	1,415	0,037
Hastane enfeksiyon hızı	3,66	4,00	1,060	4,29	4,00	0,723	1,841	0,002
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	2,89	4,00	1,272	3,83	4,00	0,938	1,997	0,001

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna ilişkin ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlara bakıldığında, “Yeniden yatış oranı” ölçütünün, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=2,089$ $p=0,000$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yeniden yatış oranı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bir diğer içsel süreçler ölçütü olan “Ameliyat sonrası yatış süresi” ölçütünün, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=2,253$ $p=0,000$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın, “Yeniden yatış oranı” ölçütü ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ölçütünün, ölçüm sıklığı puanları değerlendirildiğinde, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,665$ $p=0,008$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Sezaryen oranı” ölçütüne geldiğimizde, “Sezaryen oranı” Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,488$ $p=0,024$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Sezaryen oranı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ölçütüne bakıldığında, “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ölçütünün ölçüm sıklığı puanlamasında, Özel hastane grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,685$ $p=0,007$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Yatak doluluk oranı”, ölçütü ölçüm sıklığı değerlerinin yine Özel hastane grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,529$ $p=0,019$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yatak doluluk oranı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bir diğer içsel süreçler ölçütü olan “Mortalite oranı” ölçütünün, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,415$ $p=0,037$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın, “Mortalite oranı” ölçütü ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hastane enfeksiyon hızı” ölçütünün, ölçüm sıklığı puanları değerlendirildiğinde, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,841$ $p=0,002$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Hastane enfeksiyon hızı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Son olarak, “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ölçütü ölçüm sıklığı değerlerinin yine Özel hastane grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,997$ $p=0,001$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Gerçek ölçüm sıklıklarına bakıldığında da, Kamu Hastane Grubu yöneticilerinin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanlarından yüksek oranlarda sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum Kamu Grubu Hastanelerinde, Özel Hastane Grubu Hastanelerine nazaran, içsel süreçler boyutunda yeterince ölçüm yapılmadığını, yapılan ölçümlerin de sadece belirli birim tarafından yapıldığını göstermektedir.

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına ait iç süreçler boyutuna ilişkin ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması ise Tablo 3.33’de yer almaktadır.

Tablo 3.33: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu		Özel Hastaneler Grubu		p
	N/P		N/P		
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Yeniden yatış oranı	68	20	36	41	0,000
	77,3%	22,7%	46,8%	53,2%	
Ameliyat sonrası yatış süresi	55	33	27	50	0,000
	62,5%	37,5%	35,1%	64,9%	
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	50	38	25	52	0,002
	56,8%	43,2%	32,5%	67,5%	
Sezaryen oranı	61	27	31	46	0,000
	69,3%	30,7%	40,3%	59,7%	
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	57	31	31	46	0,002
	64,8%	35,2%	40,3%	59,7%	
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	50	38	31	46	0,034
	56,8%	43,2%	40,3%	59,7%	
Laboratuvar tetkik sayısı	38	50	27	50	0,287
	43,2%	56,8%	35,1%	64,9%	
Ortalama yatış süresi	35	53	31	46	0,949
	39,8%	60,2%	40,3%	59,7%	
Yatak doluluk oranı	31	57	33	44	0,316
	35,2%	64,8%	42,9%	57,1%	
	63	25	28	49	0,000

Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	71,6%	28,4%	36,4%	63,6%	
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	37 42,0%	51 58,0%	31 40,3%	46 59,7%	0,816
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	56 63,6%	32 36,4%	29 37,7%	48 62,3%	0,001
Mortalite oranı	46 52,3%	42 47,7%	28 36,4%	49 63,6%	0,040
Hastane enfeksiyon hızı	38 43,2%	50 56,8%	34 44,2%	43 55,8%	0,900
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	51 58,0%	37 42,0%	33 42,9%	44 57,1%	0,053

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında, “Yeniden yatış oranı”(p=0,000), “Ameliyat sonrası yatış süresi” (p=0,000), “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” (p=0,002), “Sezaryen oranı” (p=0,000), “Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı” (p=0,002), “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” (p=0,034), “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” (p=0,000), “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” (p=0,001) ve “Mortalite oranı” (p=0,04) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Yapılan karşılaştırmalar sonucu aradaki farkın, “Yeniden yatış oranı” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %77,3’ünün, “Ameliyat sonrası yatış süresi” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %62,5’inin, “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %56,8’inin, “Sezaryen oranı” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %69,3’ünün, “Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %64,8’inin, “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %56,8’inin, “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %71,6’sının, “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %63,6’sının ve “Mortalite oranı” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %52,3’ünün verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 3.34’de Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne ait iç süreçler boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 3.34: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamu Üni. Hast.			Özel Üni. Hast.			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,87	4,00	0,841	4,07	4,00	0,822	0,774	0,586
Ameliyat sonrası yatış süresi	4,23	4,00	0,645	4,17	4,00	0,780	0,306	1,000
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	4,13	4,00	0,715	4,13	4,00	0,726	0,100	1,000
Sezaryen oranı	3,71	4,00	0,750	3,93	4,00	0,863	0,766	0,600
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	4,00	4,00	0,657	4,04	4,00	0,695	0,373	0,999
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	4,04	4,00	0,685	4,12	4,00	0,814	0,821	0,510
Laboratuvar tetkik sayısı	4,21	4,00	0,637	4,14	4,00	0,692	0,528	0,943
Ortalama yatış süresi	4,33	4,00	0,550	4,14	4,00	0,791	0,817	0,518
Yatak doluluk oranı	4,35	4,00	0,556	4,32	4,00	0,717	0,580	0,890
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,19	4,00	0,627	4,12	4,00	0,676	0,319	1,000
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,06	4,00	0,802	4,12	4,00	0,758	0,191	1,000
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,98	4,00	0,700	3,93	4,00	0,754	0,636	0,813
Mortalite oranı	4,04	4,00	0,593	4,19	4,00	0,827	1,320	0,061
Hastane enfeksiyon hızı	4,25	4,00	0,590	4,35	5,00	0,837	1,298	0,069

Tablo 3.34'deki içsel süreçler boyutuna ilişkin ölçütlerin yöneticiler nezdinde önem düzeylerine bakıldığında, iki üniversite hastanesinin her ölçütte birbirine yakın yüksek puanlar aldığı, bundan dolayı hiçbir ölçütte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir. İçsel süreçler boyutunun önemlilik düzeyinde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'nde, "Yatak doluluk oranı" ($4,35 \pm 0,556$), "Ortalama yatış süresi" ($4,33 \pm 0,550$) ve "Hastane enfeksiyon hızı" ($4,25 \pm 0,590$) ölçütlerinin en fazla önemsenen ölçütler oldukları görülürken, Özel Üniversitesi hastanesinde yöneticilerce en fazla önemsenen ölçütlerin, "Hastane enfeksiyon hızı" ($4,35 \pm 0,837$), "Yatak doluluk oranı" ($4,32 \pm 0,717$) ve "Mortalite oranı" ($4,19 \pm 0,827$) olduğu görülmektedir. Bu durum finansal boyutta olduğu gibi içsel süreçler boyutunda da Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, diğer Kamu Hastaneleri yöneticilerinden daha yüksek puanlar aldığı ve performans ölçümü konusunda diğer Kamu Hastanesi yöneticilerinden daha bilinçli oldukları sonucunu ortaya koymaktadır.

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne göre iç süreçler boyutuna ait ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması ise Tablo 3.35'te gösterilmektedir.

Tablo 3.35: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Üni. Hast.			Özel Üni. Hast.			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
Yeniden yatış oranı	2,83	3,00	1,339	3,81	4,00	1,179	2,246	0,000
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,12	3,00	1,149	4,12	4,00	0,796	2,354	0,000
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,31	4,00	1,076	4,07	4,00	0,748	1,555	0,016
Sezaryen oranı	2,65	2,00	1,327	3,61	4,00	1,054	1,798	0,003
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,00	3,00	1,103	3,70	4,00	1,040	1,588	0,013
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	2,90	3,50	1,272	3,83	4,00	0,963	1,663	0,008
Laboratuvar tetkik sayısı	3,58	4,00	1,036	4,04	4,00	0,690	0,960	0,315
Ortalama yatış süresi	3,60	4,00	0,891	3,89	4,00	0,956	1,038	0,231
Yatak doluluk oranı	3,79	4,00	0,723	4,00	4,00	0,901	1,167	0,131
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	2,98	3,50	1,180	3,70	4,00	0,968	1,483	0,025
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	2,94	3,00	1,178	3,63	4,00	1,066	1,432	0,033
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	2,96	3,00	1,120	3,54	4,00	1,017	1,381	0,044
Mortalite oranı	3,17	4,00	1,115	3,77	4,00	0,871	1,321	0,061
Hastane enfeksiyon hızı	3,92	4,00	0,788	4,27	4,00	0,741	1,267	0,081
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	2,98	3,50	1,196	3,87	4,00	0,883	1,792	0,003

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Göre İç Süreçler Boyutuna Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması bakıldığında, Özel Üniversite Hastanesi'nin her ölçütte Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'nden daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. “Yeniden yatış oranı” ölçütünün, Özel Üniversite Hastanesi'nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=2,246$ $p=0,000$). Aradaki

farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yeniden yatış oranı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bir diğer içsel süreçler boyutu ölçütü olan “Ameliyat sonrası yatış süresi” ölçütünün, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=2,354$ $p=0,000$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın, “Yeniden yatış oranı” ölçütü ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ölçütünün, ölçüm sıklığı puanları değerlendirildiğinde, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,555$ $p=0,016$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ölçütünün ölçüm sıklığı puanlarının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Sezaryen oranı” ölçütüne geldiğimizde, “Sezaryen oranı” ölçütünün Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,798$ $p=0,003$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Sezaryen oranı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek bulunmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı” ölçütünün ölçüm sıklığı düzeyi karşılaştırılmasına bakıldığında, Özel Üniversite Hastanesi’nin aldığı puanın yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nin aldığı puanın ise düşük olduğu görülmektedir. Aradaki fark ise, istatistiksel olarak anlamlı ($Z=1,588$ $p= 0,013$) bulunmuştur. Farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı” ölçütünün Özel Üniversite Hastanesi’nde daha sık ölçülmesinden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ölçütüne bakıldığında, “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ölçütünün ölçüm sıklığı puanlamasında, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,663$ $p=0,008$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Ameliyat tarihi için bekleme

süresi” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ölçütü ölçüm sıklığı değerlerinin yine Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,483$ $p=0,025$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bir diğer içsel süreçler ölçütü olan “Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” ölçütünün, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,432$ $p=0,033$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın, “Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” ölçütü ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ölçütünün, ölçüm sıklığı puanları değerlendirildiğinde, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,381$ $p=0,044$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Son olarak, “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ölçütü ölçüm sıklığı değerlerinin yine Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,792$ $p=0,003$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Gerçek ölçüm sıklıklarına bakıldığında da, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanlarından yüksek oranlarda farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu durum Kamuya Ait Üniversite Hastanesinde Özel Üniversite Hastanesi’ne nazaran, içsel süreçler boyutunda yeterince ölçüm yapılmadığını, yapılan ölçümlerin de sadece belirli birim tarafından yapıldığını sonucunu ortaya koymaktadır. Tablo 3.36’da Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne ait iç süreçler boyutuna ilişkin ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına yer verilmektedir.

Tablo 3.36: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı	Kamu Üni. Hast.		Özel Üni. Hast.		p
	N/P		N/P		
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Yeniden yatış oranı	42	10	33	37	0,000
	80,8%	19,2%	47,1%	52,9%	
Ameliyat sonrası yatış süresi	32	20	26	44	0,008
	61,5%	38,5%	37,1%	62,9%	
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	23	29	24	46	0,264
	44,2%	55,8%	34,3%	65,7%	
Sezaryen oranı	40	12	29	41	0,000
	76,9%	23,1%	41,4%	58,6%	
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	29	23	28	42	0,084
	55,8%	44,2%	40,0%	60,0%	
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	28	24	28	42	0,129
	53,8%	46,2%	40,0%	60,0%	
Laboratuvar tetkik sayısı	12	40	24	46	0,179
	23,1%	76,9%	34,3%	65,7%	
Ortalama yatış süresi	15	37	29	41	0,152
	28,8%	71,2%	41,4%	58,6%	
Yatak doluluk oranı	11	41	29	41	0,018
	21,2%	78,8%	41,4%	58,6%	
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	33	19	26	44	0,004
	63,5%	36,5%	37,1%	62,9%	
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	12	40	29	41	0,034
	23,1%	76,9%	41,4%	58,6%	
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	30	22	27	43	0,036
	57,7%	42,3%	38,6%	61,4%	
Mortalite oranı	24	28	26	44	0,317
	46,2%	53,8%	37,1%	62,9%	
Hastane enfeksiyon hızı	15	37	31	39	0,082
	28,8%	71,2%	44,3%	55,7%	

Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	28	24	31	39	0,296
	53,8%	46,2%	44,3%	55,7%	

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait İç Süreçler Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında, “Yeniden yatış oranı” ($p=0,000$), “Ameliyat sonrası yatış süresi” ($p=0,008$), “Sezaryen oranı” ($p=0,000$), “Yatak doluluk oranı” ($p=0,018$), “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ($p=0,004$), “Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” ($p=0,034$) ve “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ($p=0,036$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Yapılan karşılaştırmalar sonucu aradaki farkın, “Yeniden yatış oranı” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %80,8’inin, “Ameliyat sonrası yatış süresi” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %61,5’inin, “Sezaryen oranı” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %76,9’unun, “Yatak doluluk oranı” ($p=0,018$) ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %41,4’ünün, “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %63,5’inin, “Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %41,4’ünün, “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %57,7’sinin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.37’de Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına göre hasta ve personel boyutuna ait ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların Karşılaştırılması incelenmektedir.

Tablo 3.37: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Hasta ve Personel Boyutuna Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,09	4,00	1,079	4,64	5,00	0,647	2,029	0,001
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,40	4,00	0,617	4,60	5,00	0,748	1,508	0,021
Acil hasta memnuniyeti	4,18	4,00	0,917	4,55	5,00	0,770	1,623	0,010
Hasta şikâyet oranı	4,26	4,00	0,634	4,60	5,00	0,712	2,153	0,000

Yeni kazanılan hasta sayısı	3,86	4,00	1,106	4,44	5,00	0,866	1,789	0,003
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	3,70	4,00	1,146	4,39	5,00	0,818	1,921	0,001
Hasta memnuniyeti	4,33	4,00	0,738	4,63	5,00	0,670	1,623	0,010
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,10	4,00	0,831	4,45	5,00	0,807	1,509	0,021
Personel memnuniyeti	4,19	4,00	0,933	4,18	4,00	0,976	0,317	1,000
Personel devir hızı	4,09	4,00	0,905	4,18	4,00	0,989	0,691	0,726

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Hasta ve Personel Boyutuna ait ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında tüm ölçütlerde Özel Hastaneler Grubu yöneticilerinin 4 üzeri puanlar aldıkları görülmektedir. Buna göre, Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Hasta ve Personel Boyutuna ait ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, “Yatan hasta memnuniyeti” ölçütünün, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=2,029$ $p=0,001$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın, “Yatan hasta memnuniyeti” ölçütü ölçüm sıklığının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Ayaktan hasta memnuniyeti” ölçütünün, önemlilik düzeyinden puanları değerlendirildiğinde, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,508$ $p=0,021$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Ayaktan hasta memnuniyeti” ölçütünün önemlilik düzeyi puanın Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Acil hasta memnuniyeti” ölçütüne geldiğimizde, “Acil hasta memnuniyeti” ölçütünün Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,623$ $p=0,010$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Acil hasta memnuniyeti” ölçütünün önemlilik düzeyinin Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hasta şikâyet oranı” ölçütüne bakıldığında, “Hasta şikâyet oranı” ölçütünün önemlilik düzeyinden puanlamasında, Özel hastane grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu

görülmüştür ($Z=2,153$ $p=0,000$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Hasta şikâyet oranı” ölçütünün önemlilik düzeyinin Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Yeni kazanılan hasta sayısı” ölçütü önemlilik düzeyi değerlerinin yine Özel hastane grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,789$ $p=0,003$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yeni kazanılan hasta sayısı” ölçütünün önemlilik düzeyinde Özel hastaneler grubunda daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bir diğer Hasta ve Personel Boyutu ölçütü olan “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ölçütünün, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,921$ $p=0,001$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın, “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ölçütü önemlilik düzeyinin Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hasta memnuniyeti” ölçütünün, önemlilik düzeyi puanları değerlendirildiğinde, Özel hastaneler grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,623$ $p=0,010$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Hasta memnuniyeti” ölçütünün önemlilik düzeyinde Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Son olarak, “Ayakta hasta bekleme süreleri” ölçütü önemlilik düzeyi değerlerinin yine Özel hastane grubunda yüksek, Kamu hastaneleri grubunda düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,509$ $p=0,021$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Ayakta hasta bekleme süreleri” ölçütünün önemlilik düzeyinde, Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Verilen yanıtlara göre, her iki hastane grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı’nın uygulanabilirliği konusunda olumlu bir sonuç ortaya konarken, Özel Hastane Grubu yöneticilerinin Kamu Hastanesi grubuna nazaran bu boyutta daha yüksek puanlar aldıkları, bundan dolayı Özel Hastane Grubu Hastanelerinin Dengeli Ölçüm Kartı’na daha uygun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 3.38’de de Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına göre hasta ve personel boyutuna ait ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 3.38: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	3,40	4,00	1,109	4,38	4,00	0,632	2,372	0,000
Ayaktan hasta memnuniyeti	3,32	4,00	1,273	4,39	4,00	0,634	2,349	0,000
Acil hasta memnuniyeti	3,20	4,00	1,332	4,26	4,00	0,839	2,181	0,000
Hasta şikâyet oranı	3,61	4,00	1,217	4,36	4,00	0,647	1,673	0,007
Yeni kazanılan hasta sayısı	2,42	2,00	1,404	3,83	4,00	1,248	2,960	0,000
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	2,13	1,00	1,437	3,82	4,00	1,073	3,724	0,000
Hasta memnuniyeti	3,65	4,00	1,062	4,32	4,00	0,658	1,779	0,004
Ayakta hasta bekleme süreleri	2,63	2,00	1,526	4,10	4,00	0,882	3,204	0,000
Personel memnuniyeti	2,59	2,00	1,283	3,17	4,00	1,271	1,155	0,139
Personel devir hızı	2,58	2,00	1,354	3,22	4,00	1,273	1,540	0,017

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Hasta ve Personel Boyutuna ait ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, “Yatan hasta memnuniyeti” ($Z=2,372$ $p=0,000$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($Z=2,349$ $p=0,000$), “Acil hasta memnuniyeti” ($Z=2,181$ $p=0,000$), “Hasta şikâyet oranı” ($Z=1,673$ $p=0,007$), “Yeni kazanılan hasta sayısı” ($Z=2,960$ $p=0,000$), “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($Z=3,724$ $p=0,000$), “Hasta memnuniyeti” ($Z=1,779$ $p=0,004$), “Ayakta hasta bekleme süreleri” ($Z=3,204$ $p=0,000$) ve “Personel devir hızı” ($Z=1,540$ $p=0,017$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmalar sonucu aradaki farkın yukarıdaki tüm ölçütlerde, ölçüm sıklığı puanlarının Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarındaki Hasta ve Personel Boyutuna ait ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlarda sadece “Personel Memnuniyeti” ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Gerçek ölçüm sıklıklarına bakıldığında da, Kamu Hastane Grubu yöneticilerinin verdikleri puanlamaların Özel Hastaneler Grubu Hastaneleri’ne nazaran gerçek ölçüm sıklığı puanlarından daha yüksek düzeylerde sapma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum Kamu Grubu Hastaneleri’nde Özel Hastane Grubu Hastaneleri’ne nazaran, içsel süreçler boyutunda olduğu gibi hasta ve

personel boyutunda da yeterli ölçümlerin yapılmadığını, yapılan ölçümlerin de sadece belirli birim tarafından yapıldığını göstermektedir. Tablo 3.39’da Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına ait hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına yer verilmektedir.

Tablo 3.39: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu		Özel Hastaneler Grubu		p
	N/P		N/P		
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Yatan hasta memnuniyeti	46	42	36	41	0,479
	52,3%	47,7%	46,8%	53,2%	
Ayaktan hasta memnuniyeti	46	42	37	40	0,589
	52,3%	47,7%	48,1%	51,9%	
Acil hasta memnuniyeti	48	40	39	38	0,617
	54,5%	45,5%	50,6%	49,4%	
Hasta şikâyet oranı	45	43	36	41	0,574
	51,1%	48,9%	46,8%	53,2%	
Yeni kazanılan hasta sayısı	68	20	67	10	0,106
	77,3%	22,7%	87,0%	13,0%	
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	59	29	25	52	0,000
	67,0%	33,0%	32,5%	67,5%	
Hasta memnuniyeti	65	23	35	42	0,000
	73,9%	26,1%	45,5%	54,5%	
Ayakta hasta bekleme süreleri	68	20	27	50	0,000
	77,3%	22,7%	35,1%	64,9%	
Personel memnuniyeti	67	21	46	31	0,024
	76,1%	23,9%	59,7%	40,3%	
Personel devir hızı	54	34	42	35	0,376
	61,4%	38,6%	54,5%	45,5%	

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması bakıldığında, “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($p=0,00$), “Hasta memnuniyeti” ($p=0,00$), “Ayakta hasta bekleme süreleri” ($p=0,00$) ve “Personel memnuniyeti” ($p=0,024$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılığın, “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %67,0’sinin, “Hasta memnuniyeti” ölçütünde Kamu Hastaneleri

Grubu yöneticilerinin %73,9'unun, "Ayakta hasta bekleme süreleri" ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %77,3'ünün ve "Personel memnuniyeti" ölçütünde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin %76,1'inin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı görülmüştür. Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne ait hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması ise Tablo 3.40'da yer almaktadır.

Tablo 3.40: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamuya Ait Üni. Hast.			Özel Üni. Hast.			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,25	4,00	0,653	4,60	5,00	0,668	1,855	0,002
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,29	4,00	0,572	4,56	5,00	0,773	1,777	0,004
Acil hasta memnuniyeti	4,23	4,00	0,645	4,50	5,00	0,794	1,543	0,017
Hasta şikâyet oranı	4,21	4,00	0,498	4,56	5,00	0,735	2,224	0,000
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,08	4,00	0,813	4,46	5,00	0,793	1,519	0,020
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,00	4,00	0,686	4,35	5,00	0,837	1,610	0,011
Hasta memnuniyeti	4,31	4,00	0,579	4,59	5,00	0,693	1,641	0,009
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,13	4,00	0,595	4,45	5,00	0,718	1,559	0,016
Personel memnuniyeti	4,27	4,00	0,564	4,13	4,00	0,999	0,870	0,436
Personel devir hızı	4,27	4,00	0,564	4,20	4,00	0,948	0,745	0,635

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında tüm ölçütlerde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin 4 üzeri puanlar aldıkları, bununla birlikte sadece "Personel memnuniyeti" ve "Personel devir hızı" ölçütlerinde ortalama değerler dikkate alındığında Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'nin daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir.

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, "Yatan hasta memnuniyeti" ölçütünün, Özel Üniversite Hastanesi'nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi'nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,855$ $p=0,002$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın,

“Yatan hasta memnuniyeti” ölçütü önemlilik düzeyinin Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Ayaktan hasta memnuniyeti” ölçütünün, önemlilik düzeyinden aldıkları puanları değerlendirildiğinde, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,777$ $p=0,004$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Ayaktan hasta memnuniyeti” ölçütünün önemlilik düzeyinde Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Acil hasta memnuniyeti” ölçütüne geldiğimizde, “Acil hasta memnuniyeti” ölçütünün Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,543$ $p=0,017$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Acil hasta memnuniyeti” ölçütünün önemlilik düzeyinde Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hasta şikâyet oranı” ölçütüne bakıldığında, “Hasta şikâyet oranı” ölçütünün önemlilik düzeyi puanlamasında, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=2,224$ $p=0,000$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Hasta şikâyet oranı” ölçütünün Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Yeni kazanılan hasta sayısı” ölçütünün önemlilik düzeyindeki puanının yine Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,519$ $p=0,020$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Yeni kazanılan hasta sayısı” ölçütünün Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Bir diğer Hasta ve Personel Boyutu ölçütü olan “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ölçütünün, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,610$ $p=0,011$). Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farkın, “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ölçütünün Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hasta memnuniyeti” ölçütünün, önemlilik düzeyi puanları değerlendirildiğinde, Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan

aldığı, aradaki bu farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,641$ $p=0,009$). Karşılaştırma sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farkın, “Hasta memnuniyeti” ölçütünün Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Son olarak, “Ayakta hasta bekleme süreleri” ölçütü önemlilik düzeyi değerlerinin yine Özel Üniversite Hastanesi’nde yüksek, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nde düşük puan aldığı, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmüştür ($Z=1,559$ $p=0,016$). Aradaki farkın, yapılan karşılaştırmalar sonucu, “Ayakta hasta bekleme süreleri” ölçütünün ölçüm sıklığının Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Her iki üniversite hastanesi de Dengeli Ölçüm Kartı’nın uygulanabilirliği konusunda olumlu bir performans ortaya koyarken, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerine nazaran hasta ve personel boyutunda daha yüksek puanlar aldıkları, bundan dolayı Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin Dengeli Ölçüm Kartı’na daha uygun bir algı düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 3.41’de Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne ait hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına yer verilmektedir.

Tablo 3.41: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamuya Ait Üni.Hast.			Özel Üni. Hast.			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	3,21	3,00	0,936	4,39	4,00	0,647	2,774	0,000
Ayaktan hasta memnuniyeti	2,81	3,50	1,329	4,41	4,00	0,649	2,565	0,000
Acil hasta memnuniyeti	2,77	3,00	1,308	4,26	4,00	0,869	2,459	0,000
Hasta şikâyet oranı	3,21	4,00	1,319	4,36	4,00	0,664	2,053	0,000
Yeni kazanılan hasta sayısı	2,04	2,00	1,137	3,91	4,00	1,147	3,635	0,000
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	1,88	1,00	1,132	3,97	4,00	0,884	4,025	0,000
Hasta memnuniyeti	3,44	4,00	1,110	4,33	4,00	0,675	2,314	0,000
Ayakta hasta bekleme süreleri	2,33	2,00	1,438	4,21	4,00	0,635	3,680	0,000
Personel memnuniyeti	2,19	2,00	1,067	3,13	4,00	1,273	1,654	0,008
Personel devir hızı	2,65	2,00	1,251	3,29	4,00	1,253	1,098	0,179

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna ilişkin ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, “Yatan hasta memnuniyeti” ($Z=2,774$ $p=0,000$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($Z=2,565$ $p=0,000$), “Acil hasta memnuniyeti” ($Z=2,459$ $p=0,000$), “Hasta şikâyet oranı” ($Z=2,053$ $p=0,000$), “Yeni kazanılan hasta sayısı” ($Z=3,635$ $p=0,000$), “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($Z=4,025$ $p=0,000$), “Hasta memnuniyeti” ($Z=2,314$ $p=0,000$), “Ayakta hasta bekleme süreleri” ($Z=3,680$ $p=0,000$) ve “Personel memnuniyeti” ($Z=1,654$ $p=0,008$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmalar sonucu aradaki farkın yukarıdaki tüm ölçütlerde, ölçüm sıklığı puanlarının Özel Üniversite Hastanesi'nde daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastanelerinin Hasta ve Personel Boyutuna ait ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanlarda sadece “Personel Devir Hızı” ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Gerçek ölçüm sıklıklarına bakıldığında da, Kamu Hastane Grubu yöneticilerinin verdikleri puanlamaların Özel Hastaneler Grubu Hastaneleri'ne nazaran gerçek ölçüm sıklığı puanlarından daha yüksek düzeylerde sapma gösterdiği görülmüştür. Bu durum Kamu Grubu Hastanelerinde Özel Hastane Grubu Hastaneleri'ne nazaran, içsel süreçler boyutunda olduğu gibi hasta ve personel boyutunda da yeterli ölçümlerin yapılmadığını, yapılan ölçümlerin de sadece belirli birim tarafından yapıldığı sonucunu ortaya koymaktadır. Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne ait hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3.42'de yer almaktadır.

Tablo 3.42: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı	Kamuya Ait Üni.Hast.		Özel Üni. Hast.		p
	N/P		N/P		
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Yatan hasta memnuniyeti	28	24	34	36	0,564
	53,8%	46,2%	48,6%	51,4%	
Ayaktan hasta memnuniyeti	26	26	35	35	1,000
	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	
Acil hasta memnuniyeti	28	24	37	33	0,914
	53,8%	46,2%	52,9%	47,1%	
Hasta şikâyet oranı	21	31	34	36	0,369

	40,4%	59,6%	48,6%	51,4%	
Yeni kazanılan hasta sayısı	45	7	65	5	0,246
	86,5%	13,5%	92,9%	7,1%	
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	43	9	25	45	0,000
	82,7%	17,3%	35,7%	64,3%	
Hasta memnuniyeti	44	8	33	37	0,000
	84,6%	15,4%	47,1%	52,9%	
Ayakta hasta bekleme süreleri	46	6	25	45	0,000
	88,5%	11,5%	35,7%	64,3%	
Personel memnuniyeti	41	11	43	27	0,040
	78,8%	21,2%	61,4%	38,6%	
Personel devir hızı	33	19	40	30	0,481
	63,5%	36,5%	57,1%	42,9%	

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Hasta ve Personel Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması bakıldığında, “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($p=0,00$), “Hasta memnuniyeti” ($p=0,00$), “Ayakta hasta bekleme süreleri” ($p=0,00$) ve “Personel memnuniyeti” ($p=0,040$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farklılığın, “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %82,7'sinin, “Hasta memnuniyeti” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %84,6'sının, “Ayakta hasta bekleme süreleri” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %88,5'inin ve “Personel memnuniyeti” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %78,8'inin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı saptanmıştır.

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması ise Tablo 3.43'te incelenmektedir.

Tablo 3.43: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p

Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,33	4,00	1,181	3,75	4,00	0,975	1,228	0,098
Tıbbi araştırma giderleri	3,57	4,00	1,239	3,71	4,00	1,062	0,385	0,998
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,44	4,00	1,230	3,78	4,00	0,982	0,947	0,332
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	3,55	4,00	1,113	3,91	4,00	0,989	0,999	0,271
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,02	4,00	0,947	4,00	4,00	0,743	0,551	0,921
Kalite iyileştirme takımları sayısı	3,89	4,00	0,952	4,09	4,00	0,764	0,385	0,998
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,89	4,00	0,952	3,88	4,00	0,811	0,375	0,999
Hizmet içi eğitim giderleri	3,55	4,00	1,174	3,86	4,00	0,884	0,749	0,629

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri”, “Tıbbi araştırma giderleri”, “Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı”, “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı”, “Kalite iyileştirme takımları sayısı” ve “Hizmet içi eğitim giderleri” ölçütlerinde Özel Hastaneler Grubundaki Hastanelerin daha yüksek puanlar aldığı; “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ölçütlerinden Kamu Hastaneleri Grubundaki Hastanelerin daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Fakat hiçbir ölçütte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 3.44’te Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına göre öğrenme ve gelişme boyutuna ait ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 3.44: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Göre Öğrenme ve Gelişme Boyutuna Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamu Hastaneleri Grubu (77)			Özel Hastaneler Grubu (88)			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	2,05	2,00	1,164	2,42	2,00	1,268	1,027	0,242
Tıbbi araştırma giderleri	1,86	2,00	0,985	2,46	2,00	1,238	1,341	0,055

Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	1,90	2,00	0,959	2,38	2,00	1,166	1,302	0,067
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	2,01	2,00	0,977	2,43	2,00	1,193	0,940	0,340
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	2,35	2,00	1,204	2,58	2,00	1,074	1,199	0,113
Kalite iyileştirme takımları sayısı	2,35	2,00	1,029	2,78	2,00	1,138	1,077	0,196
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	2,22	2,00	1,011	2,62	2,00	1,095	1,272	0,079
Hizmet içi eğitim giderleri	1,94	2,00	0,975	2,67	2,00	1,148	1,913	0,001

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri”, “Tıbbi araştırma giderleri”, “Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı”, “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı”, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı”, “Kalite iyileştirme takımları sayısı”, “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ve “Hizmet içi eğitim giderleri” ölçütlerinde Özel Hastaneler Grubundaki Hastanelerin daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Fakat sadece “Hizmet içi eğitim giderleri” ($Z=1,913$ $p=0,001$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aradaki bu farkın, ölçüm sıklığı puanlarının, Özel hastaneler grubunda daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğrenme ve gelişme boyutunun ölçüm sıklığı düzeyinde her iki hastane grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı’nın uygulanabilirliği konusunda olumsuz bir tablo ortaya çıkarken, Özel Hastane Grubu yöneticilerinin Kamu Hastanesi Grubuna nazaran bu boyutta daha yüksek puanlar aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Gerçek ölçüm sıklıklarına bakıldığında ise, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri” ve “Tıbbi araştırma giderleri” ölçütlerinde Özel Hastaneler Grubu yöneticilerinin, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ölçütlerinde Kamu Hastaneleri Grubu yöneticilerinin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanlarını karşılamadığı ve istatistiksel olarak anlamlı birer farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Verilen puanlamaların ortalamasının düşüklüğü de dikkate alındığında öğrenme ve gelişme boyutunun ölçüm sıklığı düzeyinde her iki hastane grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı’nın uygulanabilirliği konusunda olumsuz bir

duruma sahip olduğu savvı güçlenmektedir. Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3.45’te yer almaktadır.

Tablo 3.45: Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı	Kamu Hastaneleri Grubu		Özel Hastaneler Grubu		p
	N/P		N/P		
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	41	47	56	21	0,001
	46,6%	53,4%	72,7%	27,3%	
Tıbbi araştırma giderleri	35	53	60	17	0,000
	39,8%	60,2%	77,9%	22,1%	
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	29	59	25	52	0,947
	33,0%	67,0%	32,5%	67,5%	
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	33	55	30	47	0,847
	37,5%	62,5%	39,0%	61,0%	
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	69	19	25	52	0,000
	78,4%	21,6%	32,5%	67,5%	
Kalite iyileştirme takımları sayısı	37	51	33	44	0,916
	42,0%	58,0%	42,9%	57,1%	
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	64	24	30	47	0,000
	72,7%	27,3%	39,0%	61,0%	
Hizmet içi eğitim giderleri	38	50	29	48	0,471
	43,2%	56,8%	37,7%	62,3%	

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri” (p=0,001), “Tıbbi araştırma giderleri” (p=0,00), “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” (p=0,00) ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” (p=0,00) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılığın, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri” ölçütünde Özel Hastaneler grubu yöneticilerinin %72,7’sinin, “Tıbbi araştırma giderleri” ölçütünde Özel Hastaneler grubu yöneticilerinin %77,9’unun, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ölçütünde

Kamu Hastaneleri grubu yöneticilerinin %78,4'ünün ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ölçütünde Kamu Hastaneleri grubu yöneticilerinin %72,7'sinin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Tablo 3.46’da Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 3.46: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Önemlilik Düzeyi	Kamuya Ait Üni.Hast.			Özel Üni. Hast.			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,60	4,00	0,913	3,79	4,00	0,946	0,696	0,717
Tıbbi araştırma giderleri	4,00	4,00	0,767	3,86	4,00	0,921	0,357	1,000
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,87	4,00	0,817	3,91	4,00	0,864	0,195	1,000
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	3,71	4,00	0,825	4,00	4,00	0,933	0,930	0,352
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,19	4,00	0,595	4,01	4,00	0,732	0,489	0,970
Kalite iyileştirme takımları sayısı	3,96	4,00	0,625	4,06	4,00	0,778	0,747	0,632
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,96	4,00	0,656	3,83	4,00	0,816	0,408	0,996
Hizmet içi eğitim giderleri	4,02	4,00	0,641	3,87	4,00	0,833	0,774	0,586

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri”, “Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı”, “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı”, “Kalite iyileştirme takımları sayısı” ölçütlerinde Özel Üniversite Hastanesi’nin; “Tıbbi araştırma giderleri”, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı”, “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ve “Hizmet içi eğitim giderleri” ölçütlerinde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi’nin daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Fakat hiçbir ölçütte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Puanların ortalama değerlerden yüksekliği her iki hastane grubunda da öğrenme ve gelişme boyutu ölçütleri özelinde

Dengeli Ölçüm Kartı'nın uygulanabilirliği konusunda olumlu bir durumun varlığını göstermektedir. Burdan hareketle özel hastane ve kamu hastanelerinde öğrenme ve gelişme boyutu ölçütlerinin, özel veya kamuya ait üniversite hastanelerine nazaran önemsenmediği sonucuna varılabilmektedir. Tablo 3.47'de Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 3.47: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Kamuya Ait Üni.Hast.			Özel Üni. Hast.			Test Değerleri	
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	2,00	2,00	0,929	2,52	2,00	1,279	0,976	0,297
Tıbbi araştırma giderleri	2,04	2,00	0,839	2,58	2,00	1,230	1,160	0,136
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	2,13	2,00	0,817	2,52	2,00	1,133	0,818	0,515
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	2,23	2,00	0,807	2,57	2,00	1,169	0,976	0,297
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	2,52	2,00	1,196	2,62	2,00	1,086	0,470	0,980
Kalite iyileştirme takımları sayısı	2,29	2,00	0,800	2,83	2,00	1,124	0,953	0,324
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	2,19	2,00	0,864	2,65	2,00	1,082	0,688	0,732
Hizmet içi eğitim giderleri	1,94	2,00	0,725	2,77	2,00	1,152	1,501	0,022

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri”, “Tıbbi araştırma giderleri”, “Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı”, “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı”, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı”, “Kalite iyileştirme takımları sayısı”, “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ve “Hizmet içi eğitim giderleri” ölçütlerinde Özel Üniversite Hastanesi'nin daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Fakat sadece “Hizmet içi eğitim giderleri” ($Z=1,501$ $p=0,022$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aradaki bu farkın,

ölçüm sıklığı puanlarının, Özel Üniversite Hastanesi’nde daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğrenme ve gelişme boyutunun ölçüm sıklığı düzeyinde her iki hastane grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı’nın uygulanabilirliği konusunda olumsuz bir tablo ortaya konarken, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, Kamu Hastanesi Grubuna kıyasla öğrenme ve gelişme boyutunda daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Gerçek ölçüm sıklığı puanlarına bakıldığında ise, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri” ve “Tıbbi araştırma giderleri” ölçütlerinde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ölçütlerinde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanlarını karşılamadığı ve istatistiksel olarak anlamlı birer farklılık bulunduğu saptanmıştır. Verilen puanlamaların ortalamasının düşüklüğü de dikkate alındığında öğrenme ve gelişme boyutunun ölçüm sıklığı düzeyinde her iki üniversite hastanesi grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı’nın uygulanabilirliği konusunda olumsuz performans ölçümü koşullarına sahip olduğu ifade edilebilmektedir. Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne Ait öğrenme ve gelişme boyutuna ilişkin ölçütlerin gerçek ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 3.48’de yer almaktadır.

Tablo 3.48: Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri’ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Gerçek Ölçüm Sıklığı	Kamuya Ait Üni.Hast.		Özel Üni. Hast.		
	N/P		N/P		p
	Karşılamıyor	Karşılıyor	Karşılamıyor	Karşılıyor	
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	24	28	55	15	0,000
	46,2%	53,8%	78,6%	21,4%	
Tıbbi araştırma giderleri	19	33	58	12	0,000
	36,5%	63,5%	82,9%	17,1%	
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	15	37	25	45	0,424
	28,8%	71,2%	35,7%	64,3%	
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	16	36	29	41	0,228
	30,8%	69,2%	41,4%	58,6%	
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	47	5	23	47	0,000
	90,4%	9,6%	32,9%	67,1%	

Kalite iyileştirme takımları sayısı	16	36	29	41	0,228
	30,8%	69,2%	41,4%	58,6%	
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	44	8	26	44	0,000
	84,6%	15,4%	37,1%	62,9%	
Hizmet içi eğitim giderleri	18	34	27	43	0,654
	34,6%	65,4%	38,6%	61,4%	

Özel ve Kamuya Ait Üniversite Hastaneleri'ne Ait Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Ölçütlerin Gerçek Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri” ($p=0,00$), “Tıbbi araştırma giderleri” ($p=0,00$), “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($p=0,00$) ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ($p=0,00$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farklılığın, “Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %78,6'sının, “Tıbbi araştırma giderleri” ölçütünde Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %82,9'unun, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %90,4'ünün ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ölçütünde Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin %84,6'sının verdikleri puanlamaların gerçek ölçüm sıklığı puanını karşılamadığından kaynaklandığı saptanmıştır.

3.5.6. Yöneticilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Bu bölümde yöneticilerin, yaş, deneyim, görev ve eğitim gibi değişkenlere göre tüm hastanelerde aldıkları puanlar incelenecek olup özel ve kamuya ait hastane gruplarında Dengeli Ölçüm Kartı boyutlarına ait ölçütlerin önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yapılacaktır. Tablo 3.49'de çalışmaya katılan tüm hastane yöneticilerinin yaşlarına göre tüm Dengeli Ölçüm Kartı boyutlarına ait ölçütlerin önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 3.49: Yöneticilerin Yaşlarına Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına İlişkin Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Finansal Boyut Önemlilik Düzeyi	20-30			31-40			41-55			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
Sermayenin karlılığı	3,69	4,00	0,77	3,86	4,00	0,80	3,87	4,00	0,81	2,81	0,25
Varlıkların devir hızı	3,61	4,00	0,64	3,68	4,00	0,83	3,93	4,00	0,86	6,22	0,04
Personel harcamaları	3,84	4,00	0,75	3,98	4,00	0,88	4,20	4,00	0,94	8,26	0,02
Tıbbi malzeme gideri	3,84	4,00	0,77	4,23	4,00	0,83	4,38	4,00	0,75	14,47	0,00
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	3,86	4,00	0,76	4,16	4,00	0,83	4,38	4,00	0,78	12,93	0,00
Hasta günü maliyeti	3,94	4,00	0,72	4,07	4,00	0,85	4,31	4,00	0,85	8,11	0,02
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	3,86	4,00	0,76	4,14	4,00	0,85	4,24	4,00	0,74	8,01	0,02
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,90	4,00	0,77	4,09	4,00	1,00	3,98	4,00	1,06	2,87	0,24
Toplam giderin toplam gelire oranı	3,92	4,00	0,81	4,21	4,00	0,94	4,38	4,00	0,75	8,94	0,01
Toplam borcun toplam gelire oranı	3,90	4,00	0,74	4,14	4,00	0,91	4,27	4,00	0,81	6,97	0,03
Finansal Boyut Ölçüm Sıklığı Düzeyi	20-30			31-40			41-55			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
Sermayenin karlılığı	3,39	4,00	1,43	3,44	4,00	1,28	2,76	4,00	1,49	7,44	0,02
Varlıkların devir hızı	3,24	4,00	1,42	2,86	3,00	1,34	2,78	2,00	1,28	3,25	0,20
Personel harcamaları	3,49	4,00	1,32	3,51	4,00	1,14	3,04	3,00	1,26	3,79	0,15
Tıbbi malzeme gideri	3,65	4,00	1,28	3,74	4,00	1,00	3,51	4,00	1,16	1,02	0,60
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	3,76	4,00	1,20	3,53	4,00	1,03	3,40	4,00	1,14	4,66	0,10
Hasta günü maliyeti	3,71	4,00	1,22	3,58	4,00	1,03	3,51	4,00	1,24	1,69	0,43
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	3,67	4,00	1,23	3,67	4,00	1,08	3,56	4,00	1,22	0,41	0,82
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,73	4,00	1,24	3,68	4,00	1,05	3,56	4,00	1,22	1,10	0,58
Toplam giderin toplam gelire oranı	3,55	4,00	1,31	3,48	4,00	1,15	3,18	4,00	1,13	3,45	0,18
Toplam borcun toplam gelire oranı	3,55	4,00	1,26	3,48	4,00	1,15	3,07	4,00	1,19	4,99	0,08
İşsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyi	20-30			31-40			41-55			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD		

Yeniden yatış oranı	3,90	4,00	0,82	3,95	4,00	1,06	3,69	4,00	1,10	1,55	0,46
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,96	4,00	0,71	3,93	4,00	1,07	4,07	4,00	1,10	2,61	0,27
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,92	4,00	0,73	3,88	4,00	1,03	3,93	4,00	1,14	0,99	0,61
Sezaryen oranı	3,82	4,00	0,86	3,70	4,00	1,12	3,47	4,00	1,10	2,32	0,31
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,88	4,00	0,70	4,00	4,00	0,76	3,82	4,00	0,94	0,91	0,63
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,82	4,00	0,95	3,77	4,00	1,13	3,96	4,00	1,07	1,56	0,46
Laboratuvar tetkik sayısı	3,98	4,00	0,78	4,07	4,00	0,86	3,98	4,00	1,08	0,96	0,62
Ortalama yatış süresi	4,00	4,00	0,84	4,09	4,00	0,89	4,04	4,00	1,09	1,12	0,57
Yatak doluluk oranı	4,12	4,00	0,83	4,26	4,00	0,90	4,07	4,00	1,10	1,21	0,55
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,04	4,00	0,82	4,21	4,00	0,51	4,04	4,00	1,07	0,75	0,69
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,00	4,00	0,89	4,07	4,00	0,86	3,82	4,00	1,25	0,37	0,83
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,86	4,00	0,84	4,05	4,00	0,82	3,87	4,00	1,04	1,56	0,46
Mortalite oranı	3,84	4,00	0,87	4,12	4,00	1,03	3,84	4,00	1,11	4,02	0,13
Hastane enfeksiyon hızı	4,04	4,00	0,93	4,33	5,00	0,92	4,20	4,00	0,87	3,17	0,20
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	3,90	4,00	0,92	4,14	4,00	1,06	4,04	4,00	1,09	3,27	0,19
İçsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	20-30			31-40			41-55				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,53	4,00	1,26	3,19	4,00	1,45	3,09	4,00	1,47	2,77	0,25
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,63	4,00	1,11	3,60	4,00	1,28	3,31	4,00	1,29	1,90	0,39
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,57	4,00	1,14	3,55	4,00	1,23	3,42	4,00	1,10	1,10	0,58
Sezaryen oranı	3,39	4,00	1,15	2,89	4,00	1,30	2,84	4,00	1,41	5,57	0,06
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,45	4,00	1,23	3,25	4,00	1,08	3,09	4,00	1,16	2,97	0,23
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,55	4,00	1,19	3,07	4,00	1,32	3,00	4,00	1,35	5,46	0,07
Laboratuvar tetkik sayısı	3,82	4,00	0,99	3,80	4,00	0,73	3,47	4,00	1,24	2,35	0,31
Ortalama yatış süresi	3,67	4,00	1,11	3,57	4,00	1,04	3,51	4,00	1,14	1,01	0,60
Yatak doluluk oranı	3,80	4,00	1,06	3,80	4,00	0,98	3,56	4,00	1,08	2,36	0,31

Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	3,49	4,00	1,16	3,41	4,00	0,97	2,96	4,00	1,30	5,22	0,07
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	3,41	4,00	1,24	3,30	4,00	1,09	2,87	3,00	1,29	5,26	0,07
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,27	4,00	1,19	3,43	4,00	1,00	2,98	4,00	1,22	3,20	0,20
Mortalite oranı	3,55	4,00	1,10	3,39	4,00	0,99	3,13	4,00	1,24	3,15	0,21
Hastane enfeksiyon hızı	4,06	4,00	1,03	3,84	4,00	0,96	3,78	4,00	1,04	4,62	0,10
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	3,63	4,00	1,20	3,23	4,00	1,14	3,07	4,00	1,32	6,19	0,05
Hasta ve Personel Boyutu Önemlilik Düzeyi	20-30			31-40			41-55				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,37	5,00	0,81	4,43	5,00	0,95	4,22	5,00	1,15	1,02	0,60
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,35	5,00	0,88	4,64	5,00	0,53	4,58	5,00	0,54	2,54	0,28
Acil hasta memnuniyeti	4,37	5,00	0,88	4,43	5,00	0,79	4,33	5,00	0,93	0,15	0,93
Hasta şikâyet oranı	4,39	5,00	0,81	4,52	5,00	0,59	4,38	4,00	0,53	1,83	0,40
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,04	4,00	1,12	4,11	4,00	0,99	4,24	4,00	0,98	0,89	0,64
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,04	4,00	1,15	4,05	4,00	0,95	4,00	4,00	1,11	0,37	0,83
Hasta memnuniyeti	4,43	5,00	0,79	4,60	5,00	0,54	4,44	5,00	0,76	1,13	0,57
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,10	4,00	1,01	4,35	4,00	0,65	4,31	4,00	0,76	0,98	0,61
Personel memnuniyeti	3,98	4,00	1,09	4,19	4,00	0,96	4,40	4,00	0,75	3,73	0,15
Personel devir hızı	3,96	4,00	1,10	4,12	4,00	0,88	4,29	4,00	0,87	2,52	0,28
Hasta ve Personel Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	20-30			31-40			41-55				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,20	4,00	0,91	3,74	4,00	0,98	3,58	4,00	1,08	13,70	0,00
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,18	4,00	1,01	3,67	4,00	1,17	3,58	4,00	1,16	12,79	0,00
Acil hasta memnuniyeti	4,02	4,00	1,18	3,60	4,00	1,16	3,42	4,00	1,27	10,26	0,01
Hasta şikâyet oranı	4,10	4,00	1,05	3,86	4,00	1,10	4,00	4,00	0,88	2,74	0,25
Yeni kazanılan hasta sayısı	3,22	4,00	1,53	3,14	4,00	1,44	2,76	3,00	1,45	2,93	0,23
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	3,29	4,00	1,47	3,05	4,00	1,52	2,53	3,00	1,46	7,36	0,03
Hasta memnuniyeti	4,18	4,00	0,93	3,86	4,00	0,88	3,91	4,00	0,92	5,68	0,06

Ayakta hasta bekleme süreleri	3,49	4,00	1,37	3,18	4,00	1,39	3,20	4,00	1,55	1,53	0,46
Personel memnuniyeti	3,24	4,00	1,35	2,57	2,00	1,23	2,73	2,00	1,23	6,74	0,03
Personel devir hızı	2,96	4,00	1,44	2,52	2,00	1,30	2,96	3,00	1,22	3,28	0,19
Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyi	20-30			31-40			41-55				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,65	4,00	1,15	3,55	4,00	1,04	3,47	4,00	0,94	2,05	0,36
Tıbbi araştırma giderleri	3,63	4,00	1,11	3,75	4,00	1,08	3,49	4,00	1,18	1,53	0,47
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,65	4,00	1,07	3,61	4,00	1,04	3,60	4,00	1,16	0,15	0,93
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	3,59	4,00	1,15	3,75	4,00	1,14	3,87	4,00	0,66	0,80	0,67
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	3,78	4,00	1,01	3,98	4,00	0,79	4,24	4,00	0,68	6,49	0,04
Kalite iyileştirme takımları sayısı	3,76	4,00	1,03	3,95	4,00	0,81	4,24	4,00	0,53	6,32	0,04
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,65	4,00	1,07	3,77	4,00	0,80	4,22	4,00	0,56	10,34	0,01
Hizmet içi eğitim giderleri	3,73	4,00	1,06	3,66	4,00	0,86	3,82	4,00	0,91	1,79	0,41
Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	20-30			31-40			41-55				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	2,33	2,00	1,33	2,05	2,00	1,05	2,31	2,00	1,22	1,00	0,61
Tıbbi araştırma giderleri	2,41	2,00	1,34	2,00	2,00	0,90	2,02	2,00	1,03	2,20	0,33
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	2,33	2,00	1,23	2,00	2,00	0,93	2,04	2,00	1,00	1,95	0,38
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	2,39	2,00	1,24	2,12	2,00	1,00	2,18	2,00	0,98	1,05	0,59
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	2,43	2,00	1,19	2,14	2,00	0,71	2,71	2,00	1,27	3,60	0,17
Kalite iyileştirme takımları sayısı	2,55	2,00	1,24	2,49	2,00	0,98	2,62	2,00	0,96	0,89	0,64

Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	2,39	2,00	1,17	2,26	2,00	0,85	2,49	2,00	1,04	1,20	0,55
Hizmet içi eğitim giderleri	2,53	2,00	1,24	2,21	2,00	0,91	2,27	2,00	1,05	1,34	0,51

Yöneticilerin Tüm Hastanelerde Yaş Gruplarına Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına İlişkin Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında;

Finansal boyut önemlilik düzeyinde,

“Varlıkların devir hızı” ($Z=6,22$ $p=0,04$), “Personel harcamaları” ($Z=8,26$ $p=0,02$), “Tıbbi malzeme gideri” ($Z=14,47$ $p=0,00$), “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($Z=12,93$ $p=0,00$), “Hasta günü maliyeti” ($Z=8,11$ $p=0,02$), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ($Z=8,01$ $p=0,02$), “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($Z=8,94$ $p=0,01$) ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($Z=6,97$ $p=0,03$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılıklarında yapılan karşılaştırmalar sonucunda, “41-55” yaş grubu yöneticilerin finansal boyuta ilişkin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. “41-55” yaş yönetici grubunu, “31-40” yaş grubu yönetici grubunun izlediği görülmekle birlikte yaş grubu düştükçe yöneticilerin finansal boyutta önemlilik düzeyi puanlarının da azaldığı görülmektedir.

Finansal boyut ölçüm sıklığı düzeyinde ise,

“Sermayenin karlılığı” ($Z=7,44$ $p=0,02$) ölçütünden istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göze çarpmıştır. Bu farklılığın da, “41-55” yaş grubu yöneticilerin finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ölçüm sıklığının diğer ölçütlerinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

İşsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyi ölçütlerinde istatistiki olarak herhangi bir farklılık bulunamazken,

İşsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ($Z=6,19$ $p=0,05$) ölçütünde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın, “41-55” yaş grubu yöneticilerin işsel süreçler boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Hasta ve Personel Boyutu Önemlilik Düzeyi ölçütlerinde de istatistiki olarak herhangi bir farklılık bulunamazken,

Hasta ve Personel Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Yatan hasta memnuniyeti” ($Z=13,70$ $p=0,00$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($Z=12,79$ $p=0,00$), “Acil hasta memnuniyeti” ($Z=10,26$ $p=0,01$), “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($Z=7,36$ $p=0,03$) ve “Personel memnuniyeti” ($Z=6,74$ $p=0,03$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın “20-30” yaş grubu yöneticilerin hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyinde, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($Z=6,49$ $p=0,04$), “Kalite iyileştirme takımları sayısı” ($Z=6,32$ $p=0,04$) ve “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ($Z=10,34$ $p=0,01$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Farklılığın, “41-55” yaş grubu yöneticilerin Öğrenme ve Gelişme Boyutuna ilişkin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı saptanmıştır. “41-55” yaş yönetici grubunu, “31-40” yaş grubu yönetici grubunun izlediği görülmekle birlikte yaş grubu düştükçe yöneticilerin Öğrenme ve Gelişme Boyutunda önemlilik düzeyi puanlarının da azaldığı görülmektedir.

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi ölçütlerinde ise istatistiki olarak herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Yöneticilerin deneyimlerine göre Dengeli Ölçüm Kartı boyutlarına ait ölçütlerin önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması ise Tablo 3.50’de incelenmiştir.

Tablo 3.50: Yöneticilerin Deneyimlerine Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Finansal Boyut Önemlilik Düzeyi	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
Sermayenin karlılığı	3,94	4,00	0,83	3,83	4,00	0,85	3,84	4,00	0,81	4,06	4,00	0,54	1,08	0,78
Varlıkların devir hızı	3,76	4,00	0,71	3,68	4,00	0,80	3,80	4,00	0,79	4,28	4,00	0,67	8,49	0,04
Personel harcamaları	4,00	4,00	0,79	4,00	4,00	0,88	4,05	4,00	0,81	4,33	5,00	1,03	4,47	0,21
Tıbbi malzeme gideri	4,00	4,00	0,87	4,23	4,00	0,80	4,18	4,00	0,76	4,56	5,00	0,62	6,39	0,09

Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,06	4,00	0,79	4,09	4,00	0,81	4,27	4,00	0,82	4,50	5,00	0,62	5,72	0,13
Hasta günü maliyeti	4,03	4,00	0,77	4,04	4,00	0,81	4,18	4,00	0,79	4,56	5,00	0,78	9,21	0,03
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	3,97	4,00	0,85	4,08	4,00	0,78	4,05	4,00	0,78	4,56	5,00	0,51	8,07	0,04
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,09	4,00	0,84	4,04	4,00	0,92	3,95	4,00	0,84	4,11	4,00	1,23	2,05	0,56
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,15	4,00	0,80	4,17	4,00	0,89	4,09	4,00	0,81	4,78	5,00	0,43	11,6 0	0,01
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,06	4,00	0,79	4,19	4,00	0,83	4,05	4,00	0,82	4,56	5,00	0,70	6,89	0,08
Finansal Boyut Ölçüm Sıklığı Düzeyi	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin karlılığı	3,55	4,00	1,35	3,57	4,00	1,28	2,98	4,00	1,44	2,67	3,00	1,50	10,3 7	0,02
Varlıkların devir hızı	3,36	4,00	1,39	3,30	4,00	1,34	2,88	3,00	1,33	2,72	2,00	1,18	5,49	0,14
Personel harcamaları	3,64	4,00	1,27	3,62	4,00	1,16	3,33	4,00	1,19	2,83	2,00	1,34	6,50	0,09
Tıbbi malzeme gideri	3,61	4,00	1,30	3,91	4,00	0,99	3,81	4,00	0,96	3,06	2,50	1,30	6,23	0,10
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	3,82	4,00	1,13	3,58	4,00	1,13	3,67	4,00	0,99	3,33	4,00	1,14	4,09	0,25
Hasta günü maliyeti	3,70	4,00	1,21	3,62	4,00	1,11	3,77	4,00	1,07	3,50	4,00	1,29	0,98	0,81
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	3,73	4,00	1,21	3,66	4,00	1,14	3,84	4,00	1,04	3,39	4,00	1,29	1,96	0,58
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,82	4,00	1,21	3,70	4,00	1,15	3,82	4,00	1,02	3,39	4,00	1,29	2,30	0,51
Toplam giderin toplam gelire oranı	3,76	4,00	1,17	3,72	4,00	1,18	3,32	4,00	1,16	3,11	3,00	1,13	7,45	0,06
Toplam borcun toplam gelire oranı	3,70	4,00	1,13	3,77	4,00	1,17	3,30	4,00	1,15	2,78	2,00	1,26	11,7 7	0,01

İçsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyi	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
Yeniden yatış oranı	3,97	4,00	0,81	3,98	4,00	1,05	4,02	4,00	1,02	3,44	4,00	1,10	5,10	0,16
Ameliyat sonrası yatış süresi	4,03	4,00	0,68	3,91	4,00	0,99	4,30	4,00	0,88	4,00	4,00	1,24	6,92	0,07
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,97	4,00	0,68	3,98	4,00	0,95	4,00	4,00	0,95	4,17	4,50	1,25	3,46	0,33
Sezaryen oranı	3,82	4,00	0,85	3,77	4,00	1,01	3,79	4,00	1,15	3,33	3,00	1,08	3,76	0,29
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,97	4,00	0,64	4,06	4,00	0,72	3,88	4,00	0,96	3,89	4,00	0,83	0,78	0,85
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	4,00	4,00	0,97	3,77	4,00	1,09	4,05	4,00	0,97	3,78	4,00	1,17	2,11	0,55
Laboratuvar tetkik sayısı	4,09	4,00	0,80	4,08	4,00	0,76	4,07	4,00	1,06	3,83	4,00	1,20	0,84	0,84
Ortalama yatış süresi	4,12	4,00	0,82	4,06	4,00	0,86	4,21	4,00	0,89	4,17	5,00	1,29	2,86	0,41
Yatak doluluk oranı	4,30	4,00	0,73	4,13	4,00	0,81	4,23	4,00	0,97	4,22	5,00	1,31	3,24	0,36
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,21	4,00	0,74	4,15	4,00	0,46	3,95	4,00	1,00	4,39	5,00	1,04	6,33	0,10
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,15	4,00	0,91	4,04	4,00	0,76	3,86	4,00	1,08	4,00	4,50	1,37	2,64	0,45
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,91	4,00	0,72	4,06	4,00	0,74	3,88	4,00	1,05	4,00	4,00	1,08	1,77	0,62
Mortalite oranı	3,97	4,00	0,85	4,02	4,00	0,91	4,19	4,00	0,98	3,61	3,50	1,29	4,92	0,18
Hastane enfeksiyon hızı	4,18	4,00	0,85	4,19	4,00	0,88	4,37	5,00	0,85	4,22	4,00	1,00	1,93	0,59
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	4,03	4,00	0,92	4,02	4,00	0,93	4,23	4,00	0,97	3,94	4,00	1,26	2,68	0,44
	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü				

İşsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,76	4,00	1,12	3,30	4,00	1,32	3,05	4,00	1,54	3,39	4,00	1,29	4,24	0,24
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,76	4,00	1,00	3,55	4,00	1,23	3,44	4,00	1,24	3,39	4,00	1,29	1,28	0,73
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,73	4,00	1,01	3,55	4,00	1,22	3,59	4,00	1,06	3,28	4,00	1,13	2,50	0,48
Sezaryen oranı	3,48	4,00	1,03	3,19	4,00	1,33	3,09	4,00	1,41	2,61	2,00	1,20	5,15	0,16
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,67	4,00	1,11	3,42	4,00	1,18	3,30	4,00	1,09	2,89	2,50	1,08	6,93	0,07
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,70	4,00	1,10	3,23	4,00	1,38	3,39	4,00	1,22	2,56	2,00	1,15	10,1 5	0,02
Laboratuvar tetkik sayısı	3,88	4,00	0,96	3,87	4,00	0,73	3,61	4,00	1,15	3,67	4,00	1,03	1,60	0,66
Ortalama yatış süresi	3,79	4,00	1,05	3,68	4,00	1,01	3,68	4,00	1,01	3,44	4,00	1,15	1,74	0,63
Yatak doluluk oranı	3,91	4,00	1,01	3,85	4,00	0,93	3,89	4,00	0,75	3,17	4,00	1,25	7,48	0,06
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	3,70	4,00	1,05	3,53	4,00	1,01	3,14	4,00	1,25	2,78	2,00	1,17	9,98	0,02
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	3,58	4,00	1,20	3,40	4,00	1,13	3,14	4,00	1,25	2,56	2,00	1,10	10,0 3	0,02
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,33	4,00	1,11	3,53	4,00	1,07	3,23	4,00	1,18	2,72	2,00	1,07	7,22	0,07
Mortalite oranı	3,76	4,00	0,90	3,40	4,00	1,15	3,55	4,00	1,02	2,61	2,00	1,20	11,9 2	0,01
Hastane enfeksiyon hızı	4,27	4,00	0,88	3,85	4,00	0,99	3,86	4,00	1,03	4,00	4,00	0,91	7,08	0,07
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	3,73	4,00	1,13	3,30	4,00	1,17	3,34	4,00	1,26	2,61	2,00	1,20	10,0 2	0,02
	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü				

Hasta ve Personel Boyutu Önemlilik Düzeyi	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,48	5,00	0,76	4,32	5,00	0,94	4,34	5,00	0,94	4,17	5,00	1,38	0,67	0,88
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,48	5,00	0,83	4,45	5,00	0,72	4,55	5,00	0,55	4,67	5,00	0,59	1,45	0,69
Acil hasta memnuniyeti	4,45	5,00	0,94	4,34	4,00	0,81	4,32	4,00	0,83	4,39	5,00	1,09	2,39	0,50
Hasta şikâyet oranı	4,48	5,00	0,83	4,40	4,00	0,66	4,45	4,50	0,59	4,44	4,00	0,51	1,28	0,73
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,09	4,00	1,18	4,21	4,00	0,82	4,07	4,00	1,11	4,39	5,00	1,04	1,99	0,58
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,12	4,00	1,11	4,00	4,00	0,98	4,12	4,00	1,00	3,89	4,00	1,23	1,38	0,71
Hasta memnuniyeti	4,52	5,00	0,80	4,43	5,00	0,67	4,53	5,00	0,55	4,44	5,00	1,04	1,15	0,76
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,18	4,00	1,07	4,23	4,00	0,67	4,30	5,00	0,91	4,39	4,00	0,61	1,54	0,67
Personel memnuniyeti	4,12	4,00	0,96	4,11	4,00	0,95	4,28	4,00	0,91	4,39	5,00	1,04	3,07	0,38
Personel devir hızı	3,88	4,00	1,17	4,08	4,00	0,85	4,21	4,00	0,94	4,44	5,00	0,78	4,92	0,18
Hasta ve Personel Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,33	4,00	0,78	3,87	4,00	1,06	3,60	4,00	1,07	3,39	4,00	1,24	15,60	0,00
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,36	4,00	0,78	3,83	4,00	1,19	3,37	4,00	1,35	3,78	4,00	0,88	16,83	0,00
Acil hasta memnuniyeti	4,24	4,00	0,97	3,72	4,00	1,28	3,33	4,00	1,32	3,56	4,00	1,10	14,88	0,00
Hasta şikâyet oranı	4,24	4,00	0,87	4,00	4,00	1,11	3,77	4,00	1,17	3,78	4,00	0,94	6,77	0,08
Yeni kazanılan hasta sayısı	3,30	4,00	1,47	3,38	4,00	1,52	2,63	3,00	1,45	2,89	2,50	1,37	8,50	0,04
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	3,30	4,00	1,36	2,92	4,00	1,62	2,86	3,00	1,47	2,39	1,50	1,54	4,50	0,21

Hasta memnuniyeti	4,30	4,00	0,81	3,98	4,00	0,95	3,80	4,00	1,05	3,56	4,00	1,10	9,46	0,02
Ayakta hasta bekleme süreleri	3,64	4,00	1,19	3,23	4,00	1,50	3,30	4,00	1,62	3,00	3,00	1,28	2,53	0,47
Personel memnuniyeti	3,15	4,00	1,15	2,89	2,00	1,44	2,59	2,00	1,30	2,67	2,00	1,19	4,12	0,25
Personel devir hızı	2,82	2,00	1,29	2,81	2,00	1,46	3,14	4,00	1,34	2,61	2,00	1,20	2,00	0,57
Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyi	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,76	4,00	1,12	3,43	4,00	1,05	3,43	4,00	1,15	3,61	4,00	0,98	2,91	0,41
Tıbbi araştırma giderleri	3,70	4,00	1,13	3,70	4,00	0,97	3,64	4,00	1,22	3,28	4,00	1,41	1,07	0,78
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,76	4,00	1,12	3,49	4,00	0,95	3,77	4,00	1,18	3,28	4,00	1,32	4,91	0,18
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	3,82	4,00	1,13	3,51	4,00	1,05	3,80	4,00	1,11	3,94	4,00	0,42	4,12	0,25
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	3,85	4,00	0,94	4,02	4,00	0,82	4,18	4,00	0,87	4,06	4,00	0,64	3,60	0,31
Kalite iyileştirme takımları sayısı	3,85	4,00	1,03	3,94	4,00	0,72	4,11	4,00	0,95	4,22	4,00	0,55	4,50	0,21
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	3,67	4,00	1,05	3,83	4,00	0,78	4,05	4,00	0,94	4,33	4,00	0,49	9,89	0,02
Hizmet içi eğitim giderleri	3,88	4,00	1,05	3,70	4,00	0,91	3,70	4,00	1,11	3,72	4,00	1,07	1,58	0,66
	0-5 yıl			6-15 yıl			16-25 yıl			25 Yıl üstü				

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	2,09	2,00	1,13	2,47	2,00	1,35	2,14	2,00	1,21	2,22	2,00	1,26	2,16	0,54
Tıbbi araştırma giderleri	2,18	2,00	1,21	2,43	2,00	1,26	1,93	2,00	1,06	1,83	2,00	0,99	6,23	0,10
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	2,09	2,00	0,98	2,34	2,00	1,30	2,09	2,00	1,04	1,83	2,00	0,92	2,27	0,52
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	2,18	2,00	1,01	2,43	2,00	1,29	2,19	2,00	1,10	1,94	2,00	0,87	1,89	0,60
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	2,30	2,00	0,98	2,45	2,00	1,17	2,81	2,00	1,33	2,22	2,00	0,88	3,53	0,32
Kalite iyileştirme takımları sayısı	2,45	2,00	1,12	2,68	2,00	1,19	2,63	2,00	1,09	2,33	2,00	0,77	1,64	0,65
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	2,24	2,00	0,94	2,55	2,00	1,19	2,49	2,00	1,18	2,33	2,00	0,77	1,26	0,74
Hizmet içi eğitim giderleri	2,42	2,00	1,12	2,40	2,00	1,20	2,14	2,00	1,08	2,33	2,00	1,14	2,13	0,55

Yöneticilerin Tüm Hastanelerde Deneyimlerine Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında;

Finansal boyut önemlilik düzeyinde,

“Varlıkların devir hızı” ($Z=8,49$ $p=0,04$), “Hasta günü maliyeti” ($Z=9,21$ $p=0,03$), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ($Z=8,07$ $p=0,04$), “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($Z=11,60$ $p=0,01$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda farklılıkların, “25 Yıl üstü” deneyimi bulunan

yöneticilerin finansal boyuta ilişkin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. “25 Yıl üstü” deneyimi bulunan yönetici grubunu, “6-15 yıl” deneyimi bulunan yönetici grubunun izlediği görülmektedir. Ortaya çıkan bu sonuçların deneyimin getirdiği farkındalığın bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

Finansal boyut ölçüm sıklığı düzeyinde ise,

“Sermayenin karlılığı” ($Z=10,37$ $p=0,02$) ve “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($Z=11,77$ $p=0,01$) ölçütlerinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın da, “6-15 yıl” deneyimi bulunan yönetici grubunun finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların ortalamalarının daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu ölçütlerde “6-15 yıl” deneyimi bulunan yönetici grubunu sırasıyla, “0-5 yıl”, “16-25 yıl” ve “25 Yıl üstü” deneyimi bulunan yönetici grubunu izlemektedir. Ortaya çıkan bu sonuçların operasyonel görevlerde genç yöneticilerin bulunmasından kaynaklandığı, finansal ölçümlerin de genç yaştaki yöneticiler tarafından yapıldığı sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

İşsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyi ölçütlerinde istatistiki olarak herhangi bir farklılık bulunamazken,

İşsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ($Z=10,15$ $p=0,02$), “Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” ($Z=9,98$ $p=0,02$), “Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” ($Z=10,03$ $p=0,02$), “Mortalite oranı” ($Z=11,92$ $p=0,01$) ve “Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” ($Z=10,02$ $p=0,02$) ölçütlerinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın, “0-5 yıl” deneyimi bulunan yönetici grubunun işsel süreçler boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Hasta ve Personel Boyutu Önemlilik Düzeyi ölçütlerinde de istatistiki olarak herhangi bir farklılık bulunamazken,

Hasta ve Personel Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Yatan hasta memnuniyeti” ($Z=15,60$ $p=0,00$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($Z=16,83$ $p=0,00$), “Acil hasta memnuniyeti” ($Z=14,88$ $p=0,01$), “Yeni kazanılan hasta sayısı” ($Z=8,50$ $p=0,04$) ve “Hasta memnuniyeti” ($Z=9,46$ $p=0,02$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın “0-5 yıl” deneyimi bulunan yönetici grubunun hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyinde, “Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” ($Z=9,89$ $p=0,02$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın, “25 Yıl üstü” deneyimi bulunan yönetici grubunu Öğrenme ve Gelişme Boyutuna ilişkin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların ortalamanın daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi ölçütlerinde ise istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır. Fakat genel olarak alınan ortalama puanların düşüklüğü, hastanelerde tüm yaş gruplarında, öğrenme ve gelişme boyutuna dair yüksek bir inancın olmadığını göstermektedir. Yaş değişkeninde olduğu gibi deneyim değişkeninde de, stratejik hedeflerin deneyimli ve daha az deneyimli yöneticiler arasında paylaşılmadığını, aynı zamanda yöneticiler arasında bilgi alışverişi konusunda kopukluklar olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durum da Dengeli Ölçüm Kartı’nın temel ilkelerinden olan Stratejinin herkesin işi olduğu prensibine ters düşmektedir.

Yöneticilerin görevlerine göre Dengeli Ölçüm Kartı boyutlarına ait ölçütlerin önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması ise Tablo 3.51’de yer almaktadır.

Tablo 3.51: Yöneticilerin Görevlerine Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Finansal Boyut Önemlilik Düzeyi	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri			Z	p
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD		
Sermayenin karlılığı	3,96	4,00	0,79	3,78	4,00	0,81	3,90	4,00	0,86	1,42	0,49
Varlıkların devir hızı	3,96	4,00	0,68	3,65	4,00	0,74	3,81	4,00	0,84	3,74	0,15
Personel harcamaları	4,12	4,00	0,73	3,98	4,00	0,88	3,92	4,00	0,85	0,72	0,70
Tıbbi malzeme gideri	4,40	4,00	0,65	4,08	4,00	0,83	4,19	4,00	0,79	2,99	0,22
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,32	4,00	0,69	4,08	4,00	0,81	4,13	4,00	0,79	1,61	0,45
Hasta günü maliyeti	4,28	4,00	0,68	4,05	4,00	0,82	4,10	4,00	0,78	1,47	0,48
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,20	4,00	0,71	4,05	4,00	0,81	4,02	4,00	0,76	0,81	0,67

Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,00	4,00	1,00	4,05	4,00	0,90	3,98	4,00	0,90	0,14	0,93
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,28	4,00	0,68	4,18	4,00	0,87	4,06	4,00	0,84	1,14	0,57
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,24	4,00	0,72	4,11	4,00	0,83	4,00	4,00	0,86	1,21	0,55
Finansal Boyut Ölçüm Sıklığı Düzeyi	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Sermayenin karlılığı	3,44	4,00	1,26	3,65	4,00	1,32	2,81	2,00	1,36	12,4 3	0,00
Varlıkların devir hızı	3,28	4,00	1,21	3,34	4,00	1,38	2,70	2,00	1,37	6,64	0,04
Personel harcamaları	3,76	4,00	0,97	3,65	4,00	1,26	3,09	4,00	1,27	7,87	0,02
Tıbbi malzeme gideri	3,96	4,00	0,84	3,89	4,00	1,06	3,38	4,00	1,24	6,35	0,04
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	3,80	4,00	0,96	3,80	4,00	1,06	3,23	4,00	1,22	8,50	0,01
Hasta günü maliyeti	4,04	4,00	1,06	3,76	4,00	1,10	3,28	4,00	1,23	9,60	0,01
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	3,92	4,00	1,08	3,82	4,00	1,14	3,32	4,00	1,22	7,37	0,03
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	3,92	4,00	1,08	3,89	4,00	1,14	3,31	4,00	1,19	10,4 8	0,01
Toplam giderin toplam gelire oranı	3,84	4,00	1,03	3,83	4,00	1,09	3,00	3,00	1,19	17,5 7	0,00
Toplam borcun toplam gelire oranı	3,72	4,00	1,10	3,80	4,00	1,10	3,00	3,00	1,24	14,3 0	0,00
İçsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyi	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,60	4,00	1,22	3,94	4,00	0,92	4,19	4,00	0,94	6,18	0,05
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,88	4,00	1,20	3,96	4,00	0,86	4,19	4,00	0,89	3,18	0,20
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,72	4,00	1,14	3,93	4,00	0,85	4,13	4,00	0,90	3,80	0,15

Sezaryen oranı	3,44	4,00	1,29	3,80	4,00	0,89	3,87	4,00	1,08	2,07	0,36
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,84	4,00	0,99	4,07	4,00	0,68	3,81	4,00	0,97	2,15	0,34
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,68	4,00	1,31	3,94	4,00	0,99	3,87	4,00	1,08	0,33	0,85
Laboratuvar tetkik sayısı	4,00	4,00	1,15	4,14	4,00	0,77	3,81	4,00	1,15	1,70	0,43
Ortalama yatış süresi	4,16	4,00	1,11	4,07	4,00	0,89	4,13	4,00	0,85	1,09	0,58
Yatak doluluk oranı	4,24	4,00	1,09	4,18	4,00	0,90	4,17	4,00	0,84	0,97	0,61
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,16	4,00	0,90	4,14	4,00	0,72	4,04	4,00	0,83	0,61	0,74
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,04	4,00	1,10	4,04	4,00	0,90	3,94	4,00	0,99	0,57	0,75
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	4,04	4,00	1,02	3,93	4,00	0,84	3,98	4,00	0,94	1,30	0,52
Mortalite oranı	3,92	4,00	1,12	4,04	4,00	0,93	4,02	4,00	1,07	0,22	0,90
Hastane enfeksiyon hızı	4,20	4,00	1,08	4,23	4,00	0,85	4,21	4,00	0,98	0,08	0,96
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	4,00	4,00	1,12	4,05	4,00	0,94	4,09	4,00	1,12	0,61	0,74
İçsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	3,16	4,00	1,46	3,57	4,00	1,30	3,02	4,00	1,34	5,93	0,05
Ameliyat sonrası yatış süresi	3,36	4,00	1,29	3,82	4,00	1,07	3,28	4,00	1,26	7,58	0,02
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,48	4,00	1,19	3,73	4,00	1,05	3,27	4,00	1,23	5,40	0,07
Sezaryen oranı	2,84	4,00	1,28	3,46	4,00	1,11	3,04	4,00	1,43	5,55	0,06
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	2,92	3,00	1,22	3,55	4,00	1,06	3,44	4,00	1,15	6,05	0,05
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	2,72	4,00	1,49	3,51	4,00	1,18	3,35	4,00	1,23	6,40	0,04

Laboratuvar tetkik sayısı	3,52	4,00	1,16	3,83	4,00	0,87	3,75	4,00	1,06	1,45	0,48
Ortalama yatış süresi	3,40	4,00	1,15	3,71	4,00	0,99	3,69	4,00	1,09	1,83	0,40
Yatak doluluk oranı	3,56	4,00	1,08	3,84	4,00	0,94	3,92	4,00	0,90	2,91	0,23
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	3,04	4,00	1,27	3,51	4,00	1,06	3,42	4,00	1,16	2,92	0,23
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	2,88	2,00	1,33	3,39	4,00	1,18	3,40	4,00	1,14	3,29	0,19
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,28	4,00	1,21	3,34	4,00	1,10	3,40	4,00	1,14	0,22	0,90
Mortalite oranı	3,16	4,00	1,18	3,57	4,00	1,01	3,44	4,00	1,18	2,24	0,33
Hastane enfeksiyon hızı	3,52	4,00	1,26	4,11	4,00	0,83	3,88	4,00	1,04	5,76	0,06
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	3,00	4,00	1,29	3,46	4,00	1,14	3,42	4,00	1,23	2,52	0,28
Hasta ve Personel Boyutu Önemlilik Düzeyi	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,28	5,00	1,10	4,39	5,00	0,91	4,25	4,00	0,98	0,95	0,62
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,60	5,00	0,50	4,46	5,00	0,79	4,46	5,00	0,62	0,67	0,72
Acil hasta memnuniyeti	4,28	4,00	0,94	4,39	5,00	0,88	4,27	4,00	0,87	1,18	0,55
Hasta şikâyet oranı	4,56	5,00	0,51	4,46	5,00	0,72	4,31	4,00	0,75	1,99	0,37
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,04	4,00	1,10	4,18	4,00	1,07	4,06	4,00	0,98	1,37	0,50
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	3,72	4,00	1,24	4,12	4,00	1,03	4,04	4,00	1,06	2,56	0,28
Hasta memnuniyeti	4,56	5,00	0,51	4,43	5,00	0,81	4,45	5,00	0,69	0,19	0,91
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,48	5,00	0,59	4,28	4,00	0,87	4,17	4,00	0,92	1,59	0,45
Personel memnuniyeti	4,44	5,00	0,71	4,20	4,00	0,95	3,94	4,00	1,07	4,46	0,11
Personel devir hızı	4,36	4,00	0,64	4,08	4,00	0,99	4,02	4,00	1,03	1,36	0,51
Hasta ve Personel	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri				

Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	3,76	4,00	1,33	3,98	4,00	1,01	3,70	4,00	1,00	4,32	0,12
Ayaktan hasta memnuniyeti	3,92	4,00	1,12	4,02	4,00	0,98	3,45	4,00	1,41	5,62	0,06
Acil hasta memnuniyeti	3,80	4,00	1,26	3,89	4,00	1,12	3,36	4,00	1,39	5,80	0,05
Hasta şikâyet oranı	4,08	4,00	1,12	4,05	4,00	0,94	3,79	4,00	1,23	1,65	0,44
Yeni kazanılan hasta sayısı	3,04	4,00	1,57	3,28	4,00	1,48	2,96	4,00	1,53	2,00	0,37
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	3,00	4,00	1,61	3,14	4,00	1,46	2,73	3,00	1,59	2,28	0,32
Hasta memnuniyeti	4,08	4,00	1,12	4,07	4,00	0,95	3,71	4,00	0,90	9,32	0,01
Ayakta hasta bekleme süreleri	3,24	4,00	1,64	3,53	4,00	1,33	3,10	4,00	1,55	2,11	0,35
Personel memnuniyeti	3,28	4,00	1,37	2,92	3,00	1,26	2,63	2,00	1,36	3,84	0,15
Personel devir hızı	3,12	4,00	1,36	2,87	2,00	1,31	2,83	3,00	1,48	0,70	0,70
Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyi	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,20	3,00	1,29	3,70	4,00	0,98	3,35	4,00	1,23	4,47	0,11
Tıbbi araştırma giderleri	3,40	4,00	1,44	3,77	4,00	1,00	3,44	4,00	1,30	1,75	0,42
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,32	4,00	1,44	3,66	4,00	1,00	3,54	4,00	1,24	0,64	0,72
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	3,68	4,00	1,35	3,73	4,00	0,96	3,63	4,00	1,18	0,23	0,89
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,28	4,00	0,89	3,99	4,00	0,82	3,85	4,00	0,92	5,88	0,05

Kalite iyileştirme takımları sayısı	4,12	4,00	1,01	3,96	4,00	0,80	3,92	4,00	0,99	1,93	0,38
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	4,08	4,00	1,00	3,80	4,00	0,84	3,90	4,00	0,97	4,45	0,11
Hizmet içi eğitim giderleri	3,48	4,00	1,19	3,80	4,00	0,93	3,54	4,00	1,24	1,47	0,48
Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	İdari Hizmetler			Operasyonel Görevler			Hemşirelik Hizmetleri				
	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	2,28	2,00	1,17	2,33	2,00	1,30	2,09	2,00	1,21	1,61	0,45
Tıbbi araştırma giderleri	1,92	2,00	1,04	2,34	2,00	1,24	1,96	2,00	1,08	4,69	0,10
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	2,00	2,00	1,00	2,22	2,00	1,17	2,06	2,00	1,07	1,08	0,58
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	2,04	2,00	0,98	2,29	2,00	1,18	2,21	2,00	1,10	0,76	0,68
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	2,80	2,00	1,22	2,45	2,00	1,12	2,26	2,00	1,11	4,09	0,13
Kalite iyileştirme takımları sayısı	2,68	2,00	1,11	2,63	2,00	1,14	2,40	2,00	1,10	1,61	0,45
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	2,64	2,00	1,15	2,36	2,00	1,04	2,45	2,00	1,12	1,24	0,54
Hizmet içi eğitim giderleri	2,16	2,00	1,14	2,45	2,00	1,13	2,15	2,00	1,14	4,21	0,12

Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında;

Finansal boyut önemlilik düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Finansal boyut ölçüm sıklığı düzeyinde ise,

Finansal boyut ölçüm sıklığı düzeyinde ise, tüm ölçütlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. “Sermayenin karlılığı” ($Z=12,43$ $p=0,00$) boyutunda farklılığın nedeni, “Operasyonel Görevler” ($3,65\pm1,32$) ve “İdari Hizmetler” ($3,44\pm1,26$) sınıfındaki yöneticilerin aldıkları puanların yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buradaki farklılığın, finans bölümü çalışanlarına Operasyonel Görevler sınıfında yer verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. “Hemşirelik Hizmetleri” yöneticilerinin aldıkları puanların ortalamasının ise düşük çıktığı gözlenmiştir. “Varlıkların devir hızı” ($Z=6,64$ $p=0,04$) için de aynı durum gözlenirken, “Personel harcamaları” ($Z=7,87$ $p=0,02$) ve “Tıbbi malzeme gideri” ($Z=6,35$ $p=0,04$) ölçütlerinde en yüksek puan ortalamalarını “İdari Hizmetler” sınıfındaki yöneticilerin aldığı gözlenmiştir. “İdari Hizmetler” sınıfındaki yöneticileri “Operasyonel Görevler” sınıfındaki yöneticiler takip ederken, “Hemşirelik Hizmetleri” yöneticileri bu ölçütlerde de düşük puanlar almışlardır. “Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti” ($Z=8,50$ $p=0,01$) ölçütünde de finansal boyutun ölçüm sıklığı düzeyinin diğer tüm ölçütlerinde olduğu gibi yöneticilerin görevleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmaya göre aradaki farkın, “Operasyonel Görevler” ($3,80\pm0,96$) ve “İdari Hizmetler” ($3,80\pm1,06$) nerdeyse eşit değerde puan almalarına rağmen, “Hemşirelik Hizmetleri” ($3,23\pm1,22$) yöneticilerinin aldıkları puanların ortalamasının düşük çıkmasından kaynaklandığı saptanmıştır. “Hasta günü maliyeti” ($Z=9,60$ $p=0,01$), “Poliklinik hastası başına ortalama maliyet” ($Z=7,37$ $p=0,03$), “Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti” ($Z=10,48$ $p=0,01$) ve “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($Z=17,57$ $p=0,00$) ölçütlerinin tamamında yine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, aradaki bu farkın, “İdari Hizmetler” sınıfındaki yöneticilerin aldığı puanların ortalamalarının yüksek çıkmasından kaynaklandığı saptanmıştır. “İdari Hizmetler” sınıfındaki yöneticileri “Operasyonel Görevler” sınıfındaki yöneticiler takip ederken, “Hemşirelik Hizmetleri” yöneticileri bu ölçütlerde de düşük puanlar almışlardır. “Toplam borcun toplam gelire oranı” ($Z=14,30$ $p=0,00$) ölçütünde de istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, bu farklılığın da, “Operasyonel Görevler” sınıfındaki yönetici grubunun finansal boyuta ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların ortalamalarının daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu ölçütte “Operasyonel Görevler” ($3,80\pm1,10$) sınıfındaki yönetici grubunu, “İdari Hizmetler” ($3,70\pm1,10$) sınıfındaki yönetici grubu izlerken, “Hemşirelik Hizmetleri” ($3,00\pm1,24$) yöneticileri puanda kalmışlardır. Finansal boyuttaki farklılıkların bir diğer nedenin birimselleşme kaynaklı olduğu, aradaki istatistiksel olarak

anlamli bulunan farkin Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin bu konulara vakıf olmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

İçsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyinde, “Yeniden yatış oranı”(Z=6,18 p=0,05) ölçütünde istatistiki olarak farklılık bulunurken, bu farklılığın nedeninin “Hemşirelik Hizmetleri” (4,19±0,94) sınıfındaki yöneticilerin aldıkları puan ortalamaların yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna göre “Yeniden yatış oranı” ölçütünde istatikselsel olarak anlamli bulunan farklılığın, Hemşire yöneticilerin bu ölçüte daha fazla vakıf olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

İçsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Yeniden yatış oranı” (Z=5,93 p=0,05), “Ameliyat sonrası yatış süresi” (Z=7,58 p=0,02), “Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı” (Z=6,05 p=0,05) ve “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” (Z=6,40 p=0,04) ölçütlerinde istatistiki olarak anlamli bir farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın, “Operasyonel Görevler” sınıfında bulunan yönetici grubunun içsel süreçler boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür. Söz konusu istatikselsel olarak anlamli bulunan ölçütlerin daha çok kalite ve pazarlama birimi tarafından ölçüme tabii tutulduğu gerçeğinden hareketle, performans ölçümünde birimselleşmenin sonuçlara direkt etki ettiğini, bu durumun da kamu ve özel hastane gruplarında performans ölçümünün sadece belirli bir birimin işi olduğu yönündeki anlayıştan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hasta ve Personel Boyutu Önemlilik Düzeyi ölçütlerinde de istatistiki olarak herhangi bir farklılık bulunamazken,

Hasta ve Personel Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Acil hasta memnuniyeti” (Z=5,80 p=0,00) ve “Hasta memnuniyeti” (Z=9,32 p=0,01) ölçütlerinde istatikselsel olarak anlamli bir farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılığın “Acil hasta memnuniyeti” ölçütünde “Operasyonel Görevler”(3,89±1,11) sınıfında bulunan yönetici grubunun, “Hasta memnuniyeti” ölçütünde İdari Hizmetler” (4,08±1,12) sınıfındaki yönetici grubunun, hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Her iki ölçütte istatikselsel olarak anlamli farklı çıkmasının nedeni de yine yapılan işlerin gerektirdiği teknik ve kavramsal bakış açılarının sonucu olduğu düşünülmektedir. Zira İdari Hizmetler sınıfındaki yöneticilerin daha genel bir ölçüt olan “Hasta Memnuniyeti” ölçütünde yüksek puanlar alırken, Operasyonel Hizmetler sınıfında bulunan yöneticilerin daha genel bir ölçüt olan “Acil hasta memnuniyeti” ölçütünde yüksek puanlar aldıkları görülmektedir.

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyinde, “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ($Z=5,88$ $p=0,05$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, bu farklılığın “İdari Hizmetler” ($4,28\pm0,89$) sınıfındaki yönetici grubunun Öğrenme ve Gelişme Boyutuna ilişkin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların ortalamasının daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür. “Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılığın “İdari Hizmetler” sınıfındaki yönetici grubunun kurum içi işleyiş ve faaliyetlerin daha hızlı takip edebilme, kayıt altına alınma ve karar destek sistemlerinde kullanılma isteklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi ölçütlerinde ise istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır. Yöneticilerin eğitim durumlarına göre Dengeli Ölçüm Kartı boyutlarına ait ölçütlerin önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılması ise Tablo 3.52’de yer almaktadır.

Tablo 3.52: Yöneticilerin Eğitim Durumlarına Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeylerinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Finansal Boyut Önemlilik Düzeyi	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora			Z	p
	AO	Me d	SD	AO	Me d	SD	AO	Med	SD	AO	Me d	SD		
Sermayenin karlılığı	3,92	4,00	0,51	3,61	3,50	0,91	3,93	4,00	0,74	4,20	4,00	0,76	11,02	0,01
Varlıkların devir hızı	4,08	4,00	0,51	3,52	3,00	0,81	3,74	4,00	0,66	4,08	4,00	0,76	14,54	0,00
Personel harcamaları	4,00	4,00	1,13	3,70	4,00	0,94	4,21	4,00	0,67	4,28	4,00	0,54	13,20	0,00
Tıbbi malzeme gideri	4,58	5,00	0,51	3,92	4,00	0,95	4,23	4,00	0,65	4,32	4,00	0,56	8,60	0,04
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	4,50	4,50	0,52	3,94	4,00	0,94	4,26	4,00	0,69	4,24	4,00	0,60	6,05	0,11
Hasta günü maliyeti	4,33	4,50	0,89	3,92	4,00	0,90	4,19	4,00	0,70	4,24	4,00	0,60	5,06	0,17
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,25	4,00	0,62	3,85	4,00	0,92	4,09	4,00	0,65	4,32	4,00	0,56	6,93	0,07
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,18	4,00	1,17	3,77	4,00	1,03	4,02	4,00	0,77	4,28	4,00	0,61	6,68	0,08

Toplam giderin toplam gelire oranı	4,64	5,00	0,50	3,92	4,00	0,98	4,26	4,00	0,69	4,36	4,00	0,57	8,94	0,03
Toplam borcun toplam gelire oranı	4,27	4,00	0,79	3,89	4,00	0,96	4,19	4,00	0,66	4,36	4,00	0,57	5,98	0,11
Finansal Boyut Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora				
	AO	Me d	SD	AO	Me d	SD	AO	Med	SD	AO	Me d	SD	Z	p
Sermayenin karlılığı	4,09	4,00	0,83	3,41	4,00	1,34	3,07	4,00	1,49	3,20	3,00	1,41	4,27	0,23
Varlıkların devir hızı	3,73	4,00	1,19	3,17	4,00	1,39	2,84	2,00	1,33	3,20	3,00	1,41	3,97	0,26
Personel harcamaları	4,18	5,00	1,17	3,48	4,00	1,33	3,33	4,00	1,21	3,32	4,00	1,18	6,46	0,09
Tıbbi malzeme gideri	4,36	5,00	0,92	3,79	4,00	1,14	3,65	4,00	1,07	3,44	4,00	1,19	7,91	0,05
Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	3,91	4,00	1,30	3,65	4,00	1,18	3,70	4,00	0,94	3,20	4,00	1,22	5,53	0,14
Hasta günü maliyeti	4,09	5,00	1,38	3,65	4,00	1,22	3,74	4,00	1,00	3,28	4,00	1,24	6,11	0,11
Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	4,09	5,00	1,38	3,56	4,00	1,23	3,81	4,00	0,98	3,40	4,00	1,26	4,79	0,19
Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	4,17	5,00	1,34	3,64	4,00	1,25	3,81	4,00	0,96	3,40	4,00	1,26	5,63	0,13
Toplam giderin toplam gelire oranı	4,00	4,00	1,04	3,64	4,00	1,16	3,35	4,00	1,19	3,40	4,00	1,26	4,21	0,24
Toplam borcun toplam gelire oranı	3,50	4,00	1,57	3,61	4,00	1,15	3,35	4,00	1,19	3,52	4,00	1,26	1,50	0,68
İşsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyi	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora				
	AO	Me d	SD	AO	Me d	SD	AO	Med	SD	AO	Me d	SD	Z	p
Yeniden yatış oranı	4,00	4,00	1,04	3,82	4,00	1,11	3,95	4,00	0,90	4,28	4,00	0,79	3,80	0,28

Ameliyat sonrası yatış süresi	4,17	4,00	1,11	3,73	4,00	1,06	4,14	4,00	0,77	4,40	4,00	0,65	11,53	0,01
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	4,00	4,00	1,10	3,68	4,00	1,03	3,98	4,00	0,86	4,32	4,00	0,56	9,32	0,03
Sezaryen oranı	3,82	4,00	1,25	3,61	4,00	1,14	3,77	4,00	0,97	3,96	4,00	0,84	1,94	0,59
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	4,27	4,00	0,65	3,80	4,00	0,93	3,86	4,00	0,83	4,12	4,00	0,67	4,27	0,23
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	4,18	5,00	1,25	3,62	4,00	1,20	3,95	4,00	1,00	4,28	4,00	0,61	7,68	0,05
Laboratuvar tetkik sayısı	4,09	4,00	1,22	3,77	4,00	1,11	4,16	4,00	0,81	4,20	4,00	0,71	5,24	0,16
Ortalama yatış süresi	4,27	5,00	1,19	3,86	4,00	1,07	4,12	4,00	0,73	4,44	4,00	0,51	8,44	0,04
Yatak doluluk oranı	4,27	5,00	1,19	3,98	4,00	1,07	4,23	4,00	0,75	4,40	4,00	0,50	3,45	0,33
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	4,45	5,00	0,69	3,98	4,00	0,92	4,02	4,00	0,77	4,24	4,00	0,44	4,25	0,24
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	4,09	4,00	1,22	3,86	4,00	1,09	3,98	4,00	0,83	4,12	4,00	0,78	1,79	0,62
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	4,36	4,00	0,67	3,86	4,00	1,04	3,84	4,00	0,87	4,16	4,00	0,69	4,88	0,18
Mortalite oranı	4,27	5,00	1,19	3,70	4,00	1,14	4,23	4,00	0,84	4,36	4,00	0,57	11,50	0,01
Hastane enfeksiyon hızı	4,64	5,00	0,50	3,97	4,00	1,08	4,28	4,00	0,88	4,40	4,00	0,58	5,82	0,12
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	4,36	5,00	1,21	3,77	4,00	1,19	4,16	4,00	0,87	4,32	4,00	0,56	7,00	0,07
İçsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora				
	AO	Me d	SD	AO	Me d	SD	AO	Med	SD	AO	Me d	SD	Z	p

Yeniden yatış oranı	4,09	5,00	1,38	3,45	4,00	1,27	3,09	4,00	1,44	2,84	3,00	1,43	9,60	0,02
Ameliyat sonrası yatış süresi	4,00	4,00	1,34	3,50	4,00	1,22	3,47	4,00	1,18	3,36	4,00	1,25	3,74	0,29
Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	3,75	4,00	1,22	3,44	4,00	1,17	3,60	4,00	1,09	3,36	4,00	1,25	1,72	0,63
Sezaryen oranı	3,75	4,00	1,36	3,36	4,00	1,15	2,88	4,00	1,37	3,04	4,00	1,46	6,24	0,10
Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	3,83	4,00	0,94	3,50	4,00	1,14	3,07	4,00	1,16	3,44	4,00	1,19	6,09	0,11
Ameliyat tarihi için bekleme süresi	3,58	4,00	1,24	3,35	4,00	1,29	3,09	4,00	1,31	3,48	4,00	1,29	3,13	0,37
Laboratuvar tetkik sayısı	4,08	4,00	1,08	3,80	4,00	1,00	3,53	4,00	0,98	3,80	4,00	1,00	8,11	0,04
Ortalama yatış süresi	3,92	4,00	1,24	3,64	4,00	1,12	3,51	4,00	0,96	3,76	4,00	1,05	4,53	0,21
Yatak doluluk oranı	3,92	4,00	1,24	3,83	4,00	1,00	3,70	4,00	0,91	4,08	4,00	0,64	4,36	0,23
Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	3,67	4,00	1,07	3,48	4,00	1,15	3,05	4,00	1,15	3,56	4,00	1,08	6,17	0,10
Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	3,42	4,00	1,31	3,35	4,00	1,26	2,98	3,00	1,16	3,56	4,00	1,08	4,63	0,20
Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	3,67	4,00	1,07	3,42	4,00	1,15	2,98	3,00	1,08	3,56	4,00	1,08	8,03	0,05
Mortalite oranı	3,75	4,00	1,14	3,44	4,00	1,17	3,30	4,00	1,06	3,68	4,00	1,07	4,01	0,26
Hastane enfeksiyon hızı	4,33	4,00	0,49	3,82	4,00	1,16	3,86	4,00	0,97	4,00	4,00	0,76	2,36	0,50
Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	3,67	4,00	1,30	3,30	4,00	1,32	3,21	4,00	1,10	3,44	4,00	1,16	2,37	0,50
Hasta ve Personel Boyutu	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora				
	AO	Me d	SD	AO	Me d	SD	AO	Med	SD	AO	Me d	SD	Z	p

Önemlilik Düzeyi														
Yatan hasta memnuniyeti	4,42	5,00	1,24	4,12	4,00	1,13	4,53	5,00	0,80	4,32	4,00	0,48	7,22	0,07
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,83	5,00	0,39	4,39	5,00	0,74	4,58	5,00	0,76	4,32	4,00	0,48	10,20	0,02
Acil hasta memnuniyeti	4,67	5,00	0,65	4,21	4,00	0,98	4,44	5,00	0,93	4,28	4,00	0,54	6,24	0,10
Hasta şikâyet oranı	4,75	5,00	0,62	4,38	4,50	0,72	4,47	5,00	0,80	4,32	4,00	0,48	6,62	0,09
Yeni kazanılan hasta sayısı	4,00	5,00	1,54	4,08	4,00	1,09	4,14	4,00	1,01	4,24	4,00	0,72	0,22	0,97
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	4,45	5,00	1,21	3,79	4,00	1,18	4,16	4,00	1,11	4,24	4,00	0,60	8,35	0,04
Hasta memnuniyeti	4,55	5,00	1,21	4,38	4,00	0,70	4,58	5,00	0,76	4,40	4,00	0,50	7,40	0,06
Ayakta hasta bekleme süreleri	4,45	5,00	1,21	4,21	4,00	0,90	4,35	5,00	0,87	4,24	4,00	0,52	4,25	0,24
Personel memnuniyeti	4,82	5,00	0,40	4,03	4,00	1,12	4,19	4,00	1,01	4,20	4,00	0,50	7,60	0,06
Personel devir hızı	4,18	5,00	1,40	3,95	4,00	1,04	4,16	4,00	0,92	4,36	4,00	0,49	3,58	0,31
Hasta ve Personel Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora				
	AO	Me d	SD	AO	Me d	SD	AO	Med	SD	AO	Me d	SD	Z	p
Yatan hasta memnuniyeti	4,09	4,00	1,14	3,88	4,00	1,18	3,98	4,00	0,83	3,48	3,00	1,05	7,97	0,05
Ayaktan hasta memnuniyeti	4,36	4,00	0,50	4,00	4,00	1,07	3,98	4,00	0,89	2,88	3,00	1,59	14,08	0,00
Acil hasta memnuniyeti	4,27	4,00	0,47	3,79	4,00	1,27	3,88	4,00	1,00	2,92	3,00	1,53	10,71	0,01
Hasta şikâyet oranı	4,36	4,00	0,50	4,03	4,00	1,04	4,12	4,00	0,79	3,48	4,00	1,45	4,35	0,23
Yeni kazanılan hasta sayısı	3,45	4,00	1,63	3,27	4,00	1,49	3,12	4,00	1,42	2,48	2,00	1,69	4,50	0,21
Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	3,75	4,00	1,36	2,89	4,00	1,60	3,16	4,00	1,36	2,48	2,00	1,58	6,24	0,10

Hasta memnuniyeti	4,00	4,00	1,04	3,98	4,00	1,03	4,16	4,00	0,78	3,52	3,00	1,16	6,68	0,08
Ayakta hasta bekleme süreleri	3,75	4,00	1,36	3,50	4,00	1,44	3,49	4,00	1,37	2,64	3,00	1,63	6,79	0,08
Personel memnuniyeti	3,58	4,00	1,44	3,03	4,00	1,32	2,93	3,00	1,16	2,40	2,00	1,41	7,13	0,07
Personel devir hızı	3,50	4,00	1,57	2,68	2,00	1,42	3,00	4,00	1,15	3,12	4,00	1,51	4,65	0,20
Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyi	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora				
	AO	Me d	SD	AO	Me d	SD	AO	Med	SD	AO	Me d	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	3,67	4,00	1,30	3,36	4,00	1,22	3,60	4,00	1,03	3,64	4,00	0,99	1,36	0,72
Tıbbi araştırma giderleri	3,33	4,00	1,78	3,45	4,00	1,20	3,70	4,00	1,12	3,92	4,00	1,00	3,50	0,32
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	3,33	4,00	1,56	3,50	4,00	1,21	3,56	4,00	1,12	3,88	4,00	1,01	2,39	0,50
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	4,33	4,00	0,65	3,58	4,00	1,12	3,72	4,00	1,16	3,72	4,00	1,10	5,48	0,14
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	4,25	4,00	0,75	3,82	4,00	1,04	4,07	4,00	0,80	4,24	4,00	0,60	4,45	0,22
Kalite iyileştirme takımları sayısı	4,33	4,00	0,49	3,80	4,00	1,03	4,07	4,00	0,86	4,00	4,00	0,82	4,59	0,20
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	4,33	4,00	0,49	3,79	4,00	1,07	3,84	4,00	0,87	3,88	4,00	0,78	3,55	0,31
Hizmet içi eğitim giderleri	4,00	4,00	0,95	3,38	4,00	1,27	3,74	4,00	0,93	4,08	4,00	0,70	7,99	0,05
	Ön Lisans			Lisans			Yüksek Lisans			Doktora				

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	AO	Med	SD	Z	p
Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	2,64	2,00	1,75	2,09	2,00	1,31	2,33	2,00	1,06	2,16	2,00	1,21	3,91	0,27
Tıbbi araştırma giderleri	2,27	2,00	1,62	1,95	2,00	1,22	2,28	2,00	1,03	2,24	2,00	1,09	6,21	0,10
Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	2,36	2,00	1,57	1,91	2,00	1,11	2,16	2,00	1,00	2,48	2,00	1,08	8,31	0,04
Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı	2,64	2,00	1,57	2,03	2,00	1,14	2,14	2,00	1,01	2,68	2,00	0,99	10,20	0,02
Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	2,64	2,00	1,12	2,29	2,00	1,15	2,67	2,00	1,27	2,48	2,00	1,16	4,03	0,26
Kalite iyileştirme takımları sayısı	2,82	2,00	1,25	2,58	2,00	1,27	2,51	2,00	0,94	2,52	2,00	1,08	0,59	0,90
Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	2,82	2,00	1,25	2,33	2,00	1,15	2,35	2,00	1,00	2,52	2,00	1,08	2,69	0,44
Hizmet içi eğitim giderleri	2,91	2,00	1,30	2,15	2,00	1,22	2,30	2,00	0,86	2,28	2,00	1,24	6,79	0,08

Yöneticilerin Tüm Hastanelerde Eğitim Durumlarına Göre Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik ve Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasına bakıldığında;

Finansal boyut önemlilik düzeyinde, “Sermayenin karlılığı” ($Z=11,02$ $p=0,01$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aradaki farkın, doktora eğitimi

almış yöneticilerin ($4,20 \pm 0,76$) finansal boyutta aldıkları puan ortalamalarının yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür. Doktora eğitimi almış yöneticileri “Sermayenin karlılığı” ölçütünde, sırasıyla yüksek lisans ($3,93 \pm 0,74$), ön lisans ($3,92 \pm 0,51$) ve lisans eğitimi almış ($3,61 \pm 0,91$) yöneticiler takip etmektedir. Finansal boyut önemlilik düzeyinde, “Varlıkların devir hızı” ($Z=14,54$ $p=0,00$) ölçütünde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Doktora ($4,08 \pm 0,76$) ve ön lisans ($4,08 \pm 0,51$) eğitimi almış yöneticiler eşit ortalama puanlar alırken, aradaki farkın “Sermayenin karlılığı” ölçütünde olduğu gibi lisans ($3,52 \pm 0,81$) eğitimi almış yöneticilerin düşük ortalama puanlar almalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Finansal boyut önemlilik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunan bir diğer ölçüt “Personel harcamaları” ($Z=13,20$ $p=0,00$) ölçütüdür. Farklılığın, doktora eğitimi almış yöneticilerin ($4,28 \pm 0,54$) finansal boyutta aldıkları puan ortalamalarının yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür. Doktora eğitimi almış yöneticileri sırasıyla yüksek lisans ($4,21 \pm 0,67$) ve ön lisans ($4,00 \pm 1,13$) mezunu yöneticiler takip ederken, en düşük puan ortalamasını lisans ($3,70 \pm 0,94$) mezunu yöneticilerin aldıkları görülmüştür. Finansal boyut önemlilik düzeyinde “Tıbbi malzeme gideri” ($Z=8,60$ $p=0,04$) ölçütünde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre en yüksek puan ortalamasını, ön lisans ($4,58 \pm 0,51$) mezunu yöneticiler alırken, ön lisans mezunu yöneticileri sırasıyla doktora ($4,32 \pm 0,56$), yüksek lisans ($4,23 \pm 0,65$) ve lisans ($3,92 \pm 0,95$) mezunu yöneticilerin takip ettikleri gözlenmiştir. Aradaki farklılığın ön lisans mezunu yöneticilerin aldıkları puanların yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu ölçütlerde en düşük puanları lisans mezunu yöneticiler alırken, eğitim düzeyi arttıkça finansal boyuttaki verilen ölçütlerin önem kazanması görüşüne lisans mezunlarının ortalamalardan aldıkları puanların düşüklüğü ket vurmaktadır. Finansal boyut önemlilik düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunan bir diğer ölçütün “Toplam giderin toplam gelire oranı” ($Z=8,94$ $p=0,03$) ölçütü olduğu görülmüştür. Aradaki farklılığın, ön lisans ($4,64 \pm 0,50$) mezunu yöneticilerin aldıkları puanların yüksek çıkmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Bu durumun da ön lisans mezunu yöneticilerin iş yaşamındaki kişisel başarı motivasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Finansal boyut ölçüm sıklığı düzeyinde ise, “Tıbbi malzeme gideri” ($Z=7,91$ $p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. “Tıbbi malzeme gideri” ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılığın nedeninin, ön lisans ($4,36 \pm 0,92$) mezunu yöneticilerin aldıkları puanların yüksek çıkmasından kaynaklandığı gözlenmiştir. Finansal boyut ölçüm sıklığı düzeyinde istatistiksel

olarak anlamlı bulunan “Tıbbi malzeme gideri” ölçütünde de ön lisans mezunlarının yüksek puanlar alması kişisel başarı motivasyonuna yorulabilir.

İçsel Süreçler Boyutu Önemlilik Düzeyinde, “Ameliyat sonrası yatış süresi” ($Z=11,53$ $p=0,01$), “Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” ($Z=9,32$ $p=0,03$), “Ameliyat tarihi için bekleme süresi” ($Z=7,68$ $p=0,05$), “Ortalama yatış süresi” ($Z=8,44$ $p=0,04$) ve “Mortalite oranı” ($Z=11,50$ $p=0,01$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın, doktora mezunu yöneticilerin içsel süreçler boyutuna ilişkin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür. Bu durum, doktora mezunu yöneticilerin içsel süreçler boyutuna ilişkin ölçütlere daha profesyonel bir gözle baktığını göstermektedir.

İçsel Süreçler Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Yeniden yatış oranı” ($Z=9,60$ $p=0,02$), “Laboratuvar tetkik sayısı” ($Z=8,11$ $p=0,04$) ve “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ($Z=8,03$ $p=0,05$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Farklılığın, “Yeniden yatış oranı” ($4,09\pm1,38$) “Laboratuvar tetkik sayısı” ($4,08\pm1,08$) ve “Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” ($3,67\pm1,078$) ölçütlerinde ön lisans mezunu yöneticilerin içsel süreçler boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyindeki puanlamalarının daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı görülmüştür. Bu durum, kalite ve pazarlama birimlerinde istihdam edilen personelin daha çok ön lisans mezunu yöneticilerden müteşekkil olduğu kanısını doğurmaktadır. Buna neden olan düşüncenin ise, anlayıştaki farklılıkla, ölçümdeki farklılığın örtüşmemesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Hasta ve Personel Boyutu Önemlilik Düzeyi ölçütlerinde “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($Z=10,20$ $p=0,02$) ve “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($Z=8,35$ $p=0,04$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmalar sonucu, aradaki farklılığın, “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($4,83\pm0,39$) ve “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ($4,45\pm1,21$) ölçütlerinde ön lisans mezunu yöneticilerin aldıkları puan ortalamalarının yüksek çıkmasından kaynaklandığı gözlenmiştir. Bu farklılığın ayaktan hastaların memnuniyetini sağlayacak süreçlerde ön lisans mezunu yöneticilerin daha aktif şekilde çalışmasından kaynaklanabileceği düşünülmekle birlikte ve “Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi” ölçütünde ise hemşire hasta iletişimine ve hasta şikayetlerine en yakın üçüncü göz olmaları nedeniyle kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hasta ve personel boyutu ölçüm sıklığı düzeyinde, “Hasta memnuniyeti” odaklı ölçütlerin istatistiksel olarak anlamlı

farklı çıkmasının nedeninin de ön lisans mezunu yöneticilerin hasta ve yakınları ile daha yakın ilişkiler içinde olduklarının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Hasta ve Personel Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyinde, “Yatan hasta memnuniyeti” ($Z=7,97$ $p=0,05$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($Z=14,08$ $p=0,00$) ve “Acil hasta memnuniyeti” ($Z=10,71$ $p=0,01$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Farklılığın ön lisans mezunu yöneticilerin “Yatan hasta memnuniyeti” ($4,09\pm1,14$), “Ayaktan hasta memnuniyeti” ($4,36\pm0,50$) ve “Acil hasta memnuniyeti” ($4,27\pm0,47$) ölçütlerinde, hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçüm sıklığı düzeyinde verdikleri puan ortalamalarının yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Önemlilik Düzeyinde, “Hizmet içi eğitim giderleri” ($Z=7,99$ $p=0,05$) ölçütünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, bu farklılığın doktora ($4,08\pm0,70$) eğitimi almış yöneticilerin Öğrenme ve Gelişme Boyutuna ilişkin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların ortalamasının daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Doktora eğitimi almış yönetici grubunun konuya daha gerçekçi bir boyuttan yaklaştığı, öğrenme ve gelişme için hizmet içi eğitim giderlerinin işletmeler için önemli olduğunu vurguladıkları görülmektedir.

Öğrenme ve Gelişme Boyutu Ölçüm Sıklığı Düzeyi ölçütlerinde “Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı” ($Z=7,99$ $p=0,05$) ve “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı” ($Z=7,99$ $p=0,05$) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, bu farklılıkların, doktora eğitimi almış yöneticilerin, “Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı” ($2,48\pm1,08$) ve “Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı” ($2,68\pm0,99$) ölçütlerine verdikleri puan ortalamalarının daha yüksek çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu ölçütler özelinde doktora yapmış yöneticilerin diğer yönetici gruplarına nazaran daha akademik bir perspektiften baktığı söylenebilir.

HİPOTEZLER

Araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen hipotezlerin kabul edilip edilmediğine dair tablo aşağıdadır.

1	H1: Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin performans ölçümü yapılmasının nedenlerine yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır.	Kısmen Kabul Edilmiştir
2	H1: Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisine yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır.	Kısmen Kabul Edilmiştir
3	H1: Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlara yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır.	Kısmen Kabul Edilmiştir
4	H1: Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin tüm hastanelerde ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır.	Kabul Edilmiştir.
5	H1: Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin kamu grubu hastanelerinde ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır	Kabul Edilmiştir
6	H1: Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin özel hastane grubunda ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır.	Kabul Edilmiştir
7	H1: Mülkiyetlerine Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.	Kısmen Kabul Edilmiştir
8	H1: Mülkiyetlerine Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.	Kısmen Kabul Edilmiştir
9	H1: Çeşitli Değişkenlere (Yaş, Deneyim, Görev, Eğitim) Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.	Kısmen Kabul Edilmiştir
10	H1: Çeşitli Değişkenlere (Yaş, Deneyim, Görev, Eğitim) Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır.	Kısmen Kabul Edilmiştir

H1: “Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin performans ölçümü yapılmasının nedenlerine yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kısmen Kabul Edilmiştir”. Nedenler arasında belirtilen “Hastanemizin hastaların (müşterilerin) isteklerini

karşılayıp karşılayamadığını belirlemek için” sorusunda sadece istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

H1: “Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisine yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kısmen Kabul Edilmiştir”. Sorulan 19 sorudan sadece “Kurumsal performans ölçümü sonuçları, ödül ve yükseltme sisteminin bir parçası olarak kullanılmalıdır”, “Hastanemizin pazarlama performansını düzenli olarak ölçüyoruz”, “Çalışanlar, performans ölçüm sistemi hakkında tam olarak, açık bir şekilde bilgilendirilmiş ve katılımları sağlanmıştır”, “Kurumsal performansımızı tam olarak ölçüyoruz” ve “Mevcut performans sistemimizden memnunuz” sorularına verilen yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı birer farklılık bulunmuştur.

H1: “Kamu ve Özel hastane grubu yöneticilerinin Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlara yönelik algıları arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kısmen Kabul Edilmiştir”. Sorunlar arasında belirtilen yanıtlar arasında sadece “Performans ölçümünün bireysel başarıya yönelmesi, takım bazlı yönetim yapısını desteklememesi” şikkında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu tespit edilmiştir.

H1: “Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin tüm hastanelerde ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kabul Edilmiştir”. Çalışmaya katılan hastanelerde, tüm boyutlara ilişkin bulguların önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmalarında, önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve ölçütlerin tamamına yakınında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hastanelerde, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde, ölçüm yapılmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.

H1: “Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin kamu grubu hastanelerinde ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kabul Edilmiştir”. Çalışmaya katılan hastanelerde, tüm boyutlara ilişkin bulguların önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmalarında, önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve ölçütlerin tamamına yakınında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hastanelerde, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde, ölçüm yapılmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.

H1: “Dengeli Ölçüm Kartı ölçütlerinin özel hastane grubunda ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyi puanlamaları arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kabul Edilmiştir”. Çalışmaya katılan hastanelerde, tüm boyutlara ilişkin bulguların önemlilik düzeyi, ölçüm sıklığı karşılaştırmalarında, önemlilik düzeyi puanlarının daha yüksek çıktığı ve ölçütlerin tamamına yakınında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hastanelerde, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde, ölçüm yapılmadığı sonucu ortaya çıkmıştır.

H1: “Mülkiyetlerine Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kısmen Kabul Edilmiştir”. Çalışmaya katılan kamu ve özel hastaneler gruplarında, tüm boyutlara ilişkin bulguların önemlilik düzeyinde kısmi farklılıklar bulunmuştur. Birçok boyutta özel hastane grupları daha yüksek ortalama puanlar alırken, ölçütlerin sadece bir kısmında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

H1: “Mülkiyetlerine Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kısmen Kabul Edilmiştir”. Çalışmaya katılan kamu ve özel hastaneler gruplarında, tüm boyutlara ilişkin bulguların ölçüm sıklığı düzeyinde kısmi farklılıklar bulunmuştur. Birçok boyutta özel hastane grupları daha yüksek ortalama puanlar alırken, ölçütlerin sadece bir kısmında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

H1: “Çeşitli Değişkenlere (Yaş, Deneyim, Görev, Eğitim) Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Önemlilik Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kısmen Kabul Edilmiştir”. Çalışmaya katılan tüm hastanelerde, yaş, deneyim, görev ve eğitim değişkenleri özelinde, Dengeli Ölçüm Kartı’nın boyutlarının önemlilik düzeylerinde, ölçütlerin sadece bir kısmında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

H1: “Çeşitli Değişkenlere (Yaş, Deneyim, Görev, Eğitim) Göre Hastanelerin Dengeli Ölçüm Kartı Boyutlarına Ait Ölçütlerin Ölçüm Sıklığı Düzeyinden Aldıkları Puanlamalar arasında anlamlı bir fark vardır” hipotezi, “Kısmen Kabul Edilmiştir”. Çalışmaya katılan tüm hastanelerde, yaş, deneyim, görev ve eğitim değişkenleri özelinde, Dengeli Ölçüm Kartı’nın boyutlarının ölçüm sıklığı düzeylerinde, ölçütlerin sadece bir kısmında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, Dengeli Ölçüm Kartı'nın (Balanced Scorecard) özel ve kamuya ait hastanelerde uygulanabilirliğine yönelik karşılaştırmalı bir analiz esasına dayanmaktadır. Bu kapsamda Dengeli Ölçüm Kartı'nın Yalova'daki hastaneler ile İstanbul ilinde bulunan bir özel ve bir devlet olmak üzere iki üniversite hastanesinde uygulanabilirliğini incelemek amacıyla özel ve kamuya ait hastane yöneticileri nezdinde bir anket uygulaması yapılmış ve toplanan veriler analiz edilmiştir. Anket, iki bölümden oluşmaktadır. Hastanede Performans Ölçümü Yapmanızın Nedeni, Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi ve Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlara ilişkin sorularla sonraki bölümde yer alan Dengeli Ölçüm Kartı'nın dört boyutuna ait (finansal boyut, içsel süreçler boyutu, hasta ve personel boyutu ile öğrenme ve gelişme boyutu) ölçütler, ölçüm sıklığı ve onlara verilen önem düzeyi 5'li likert ölçeğiyle değerlendirilmektedir. Ayrıca çeşitli bağımsız değişkenlerin önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeyleri de karşılaştırılmıştır.

Araştırma kapsamındaki Kamu grubu hastanelerinde %71,6 oranında orta düzey, %26,1 oranında üst düzey, Özel Hastaneler grubunda yöneticilerin %97,4 oranında orta düzey, %2,6 oranında üst düzey yöneticiler katılım sağlamıştır. Çalışmaya daha düşük yoğunlukla katılmalarına rağmen Kamu hastane grubu üst düzey yöneticilerinin oranının özel sektörde çalışan üst düzey yönetici oranından daha fazla çıkması, kamuda üst düzey yönetici istihdamının daha yüksek olduğu sonucunu göstermektedir.

Bir diğer farklılık eğitim durumları değişkeninde kendini göstermektedir. Buna göre, Kamu hastane grubu yöneticilerinin lisans ve lisansüstü eğitimde daha yüksek oranlara çıktığı görülürken, özel sektörde lise ve ön lisans eğitimi almış yöneticilerin kamu hastane grubu yöneticilerine oranla daha yüksek değerlere sahip oldukları görülmektedir. Bu durum, eğitimden ziyade kişisel özelliklerin de özel sektörde yönetici olma imkanı doğurduğunun göstergesi olabileceği gibi kamu sınav sisteminin de bir sonucu olarak görülebilir.

Yöneticilerin yaş değişkenine göre karşılaştırmalarına bakıldığında, Özel hastane grubundaki yönetici istihdamının Kamu hastane grubu yöneticilerine kıyasla daha genç yaşlara tekabül ettiği görülmektedir. Bu durumun, Özel hastane sektörünün kamu sektörüne nazaran daha dinamik çalışma koşullarına sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Yöneticilerin görevlerine göre dağılımına bakıldığında ise, Kamu ve Özel hastane grubundaki yöneticilerin idari hizmetler sınıfında, Özel Hastane Grubundaki yöneticilerin operasyonel hizmetler sınıfında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu durumun hastanelerin

organizasyon yapısının farklılığından ve özel sektördeki işlevsel zenginlikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kamu ve Özel hastane gruplarındaki yöneticilerin deneyimlerine bakıldığında, Kamu Hastane grubu yöneticilerinin daha deneyimli oldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durumun, özel sektördeki dinamik çevre ve sirkülasyonun yoğunluğundan, bununla birlikte araştırmaya katılan Özel hastanelerin, Kamu grubu hastanelerine nazaran daha yeni zamanlarda kurulmuş hastaneler olduğundan kaynaklandığı, tüm bunlara istinaden çalışma sürelerinin de daha kısa olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak;

Özel hastane grubu yöneticilerinin daha müşteri odaklı bir hizmet anlayışını benimsedikleri,

Özel hastane grubu hastanelerinde performans ödül mekanizmasının daha iyi çalıştığını, performansın daha iyi ölçüldüğünü, çalışanların performans çalışmalarına katılımının daha yüksek oranlarda gerçekleştiğini ve kurum çalışanlarının performans sisteminden görece daha memnun oldukları

Kamu Hastane Grubu yöneticilerinin hastanelerinde daha fazla sorunla karşılaştığı,
Tüm hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin önem verdikleri düzeyde, hastanelerde ölçüm yapılmadığı,

Finansal boyut ölçütlerinin Özel hastaneler grubunda görece daha fazla önemsendiği,
Hem Özel hem Kamu hastane gruplarında ölçümlerin belirlenen periyotların dışında yapıldığı veya sadece belirli, sınırlı bir birimin bilgisi dahilinde yapıldığı,

Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, diğer Kamu Hastaneleri yöneticilerinden daha yüksek puanlar aldığı ve performans ölçümü konusunda daha bilinçli oldukları,

Her iki üniversite hastanesinde performans ölçümünün sadece belirli, sınırlı bir birimin işi olarak görüldüğü, bunun yanında performans çalışmalarına katılım konusunda bir isteksizlik durumu olabileceği ve Dengeli Ölçüm Kartı anlayışına aykırı bir şekilde icra edildiği,

Özel hastanelerin içsel süreçler boyutu ölçütleri özelinde Kamu Hastanelerine nazaran Dengeli Ölçüm Kartı'nın uygulanması yönünde daha uygun bir yaklaşım içinde olduğu,

Kamu Grubu Hastanelerinde, Özel Hastane Grubu Hastanelerine nazaran, içsel süreçler boyutunda yeterince ölçüm yapılmadığını, yapılan ölçümlerin de sadece belirli birim tarafından yapıldığı,

Finansal boyutta olduğu gibi içsel süreçler boyutunda da Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, diğer Kamu Hastaneleri yöneticilerinden daha yüksek puanlar aldığı ve performans ölçümü konusunda diğer Kamu Hastanesi yöneticilerinden daha bilinçli oldukları,

Özel Hastaneler ve Kamu Hastaneleri Gruplarına ait hasta ve personel boyutuna ilişkin ölçütlerin önemlilik düzeyinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında Özel Hastane Grubu Hastanelerinin Dengeli Ölçüm Kartı'na daha uygun oldukları,

Kamu Grubu Hastaneleri'nde Özel Hastane Grubu Hastaneleri'ne nazaran, içsel süreçler boyutunda olduğu gibi hasta ve personel boyutunda da yeterli ölçümlerin yapılmadığını, yapılan ölçümlerin de sadece belirli birim tarafından yapıldığını,

Her iki üniversite hastanesi de Dengeli Ölçüm Kartı'nın uygulanabilirliği konusunda olumlu bir performans ortaya konarken, Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, Kamuya Ait Üniversite Hastanesi yöneticilerine nazaran hasta ve personel boyutunda daha yüksek puanlar aldıkları, bundan dolayı Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin Dengeli Ölçüm Kartı'na daha uygun bir algı düzeyine sahip oldukları,

Kamu Grubu Hastanelerinde Özel Hastane Grubu Hastaneleri'ne nazaran, içsel süreçler boyutunda olduğu gibi hasta ve personel boyutunda da yeterli ölçümlerin yapılmadığını, yapılan ölçümlerin de sadece belirli birim tarafından yapıldığı,

Öğrenme ve gelişme boyutunun ölçüm sıklığı düzeyinde her iki hastane grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı'nın uygulanabilirliği konusunda olumsuz bir duruma sahip olduğu,

Özel hastane ve kamu hastanelerinde öğrenme ve gelişme boyutu ölçütlerinin, özel veya kamuya ait üniversite hastanelerine nazaran önemsenmediği,

Öğrenme ve gelişme boyutunun ölçüm sıklığı düzeyinde her iki hastane grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı'nın uygulanabilirliği konusunda olumsuz bir tablo ortaya konarken; Özel Üniversite Hastanesi yöneticilerinin, Kamu Hastanesi Grubuna kıyasla öğrenme ve gelişme boyutunda daha yüksek puanlar aldıkları, verilen puanlamaların ortalamasının düşüklüğü de dikkate alındığında öğrenme ve gelişme boyutunun ölçüm sıklığı düzeyinde her iki üniversite hastanesi grubunda da Dengeli Ölçüm Kartı'nın uygulanabilirliği konusunda olumsuz performans ölçümü koşullarına sahip olduğu,

Çalışmaya katılan sağlık kurumlarında, stratejik hedeflerin yaş grupları arasında paylaşılmadığını, aynı zamanda genç ve tecrübeli yöneticiler arasında bilgi alışverişi konusunda kopukluklar olduğu,

25 yıl üstü deneyimli yönetici grubunun finansal boyut ölçütlerini daha fazla önemsedikleri, fakat ölçüm sıklığı düzeyinde genç yaştaki yöneticilerin daha yüksek puanlar aldıkları, genç yaş grubundaki yöneticilerin günümüzün müşteri odaklı hizmet anlayışına daha iyi uyum sağladıklarını ve güncel bir yönetim anlayışı içinde oldukları,

Yaş değişkeninde olduğu gibi deneyim değişkeninde de, stratejik hedeflerin deneyimli ve daha az deneyimli yöneticiler arasında paylaşılmadığını, aynı zamanda yöneticiler arasında bilgi alışverişi konusunda kopukluklar olduğu,

Performans ölçümünde birimselleşmenin sonuçlara direkt etki ettiğini, bu durumun da kamu ve özel hastane gruplarında performans ölçümünün sadece belirli bir birimin işi olduğu yönündeki anlayıştan kaynaklandığı,

Doktora eğitimi alan yöneticilerin; finansal boyut ve içsel süreçler boyutu, Öğrenme ve gelişme boyutu önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeyinde, Ön linsans eğitimi alanların finansal boyut ölçüm sıklığı düzeyinde, İçsel süreçler boyutu ölçüm sıklığı düzeyinde, Hasta ve personel boyutu önemlilik ve ölçüm sıklığı düzeylerinde ön plana çıktığı,

Kamu üniversite hastanelerinin özel üniversite hastaneleriyle benchmarking yapması gerektiği,

Kamu üniversite hastaneleriyle diğer kamu hastane birliği hastaneleri arasında eşgüdüm sağlanması,

Ölçüm sonuçlarına göre; Kamu sağlık sektöründe pilot uygulamaların üniversite hastanelerinde başlatılması ve buradaki tecrübelerin kamu hastane birliğine bağlı hastanelere aktarılması sonuçlarına ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

- Aguinis, Herman “Performance Management”, Edinburgh Business School Heriot-Watt University Edinburgh, 2005, part:1 pp:14,15,16
- Ağca, Veysel, Tunçer, Ender “Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi (C.VIII,S.1, 2006) s.181
- Akçay, Serkan “Türkiye’de İç Denetim Sürecinin Kamu Kurumlarının Faaliyet Sonuçları Üzerindeki Etkinliği: Belediyeler Üzerine Bir Uygulama”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi (C.XV, S I, 2013) s.60
- Akdur, Recep “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000, s.3,5,6,7,8
- Akyüz Yılmaz “Ekonomik Katma Değer (EVA) ve Pazar Katma Değer Analizi: İMKB’de İşlem Gören Seramik İşletmelerinde Bir Uygulama”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2013, C.18, S.2, s.343
- Argüden, Yılmaz, Sağdıç, Engin, Kaplan, Robert S., Norton, David P. “Balanced Scorecard”, ARGE Danışmanlık Yayınları No: 01, 1. Basım, Kasım 2000, s.1
- Ateş, Hamza, Kırılmaz, Harun “Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları, Mayıs 2010, s.224,25

- Ateş, Hamza “Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Kavramlar, Tartışmalar, Genel Çerçeve”, Asil Yayın Dağıtım, 1. Baskı, 2007, s.2,3,4,5
- Ataay, Faruk “Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme”, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Haziran 2007, s.4,5
- Bektaş, Hakan, Akman, Sema “Yükseköğretimde Hizmet Kalitesi Ölçeği: Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi”, Ekonometri ve İstatistik Dergisi, Sayı:18, 2013 s.128
- Botchkarev, Alexei, Andru, Peter “A Return on Investment as a Metric for Evaluating Information Systems: Taxonomy and Application, Interdisciplinary”, Journal of Information, Knowledge, and Management Volume 6, 2011, pp.246
- Bardak, Necla “Performans Değerlendirme Yaklaşımı Olarak Dengeli Ölçüm Kartı Modeli: Isparta’daki Hastaneler Üzerinde Bir Araştırma”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2011, s.52,53,54,63
- Bekçi, İsmail, Özal, Halime “Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma”, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi /Journal of Academic Researches and Studies, Cilt 2, Sayı 3, Kasım 2010 / Volume 2, Number 3, November 2010, s.85
- Bengü, Haluk, Arslan, Seçkin “Hastane İşletmesinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Uygulaması”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi (C.X I,S II, 2009), s.58

- Bertan, Serkan “Otel İşletmelerinde Yönetim Aracı Olarak Kurumsal Karne”, Journal of Yasar University, 4(16), 2525-2538, 2009, s.2535
- Büyüksavaş, Aslıhan “Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta 2010, s.8,9,20
- Can, Ali, İbicioğlu, Hasan “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Y.2008, C.13, S.3 s.253-275. s.262,263
- Coşkun, Ali, “Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi, Sağlık İşletmelerinde Performans Esaslı Yönetim”, Seçkin Kitabevi, Ankara 2009 s.61
- Coşkun, Furkan “Süreç Performans Parametrelerinin Oluşturulması ve İzlenmesi”, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2008, s.76
- Çakmak, Nermin, “Bilgi Merkezlerinin Yönetiminde Balanced Scorecard BSC): Dengeli Kurumsal Karne Yaklaşımı, Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması”, Kadir Has Üniversitesi, İstanbul,.2005, s.262,263,265,267,268
- Çınaroğlu, Songül “İşletmelerde Performans Ölçüm Modelleri”, Cilt:16. Sayı: 2. Aralık 2012 s.129
- Danacı, Burçin “Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin

- Karşılaştırılması” Yüksek Lisans Tezi Kütahya, 2010
s.36,37,42,45
- Dönmez, Nilay,
Sertkaya, Aslıhan,
Aydın, Gülçin,
Aras, Gonca,
Güntürkün, Fatma
Dinçer, Tuğba
- “Çok Boyutlu Organizasyonel Performans Ölçüm Modelleri”, Anahtar Dergisi, Ağustos, 2013, s.34,35
- “Stratejik Planların İzlenebilirliği Çerçevesinde Balanced Scorecard”, Maliye Uzmanlığı Yeterlilik Tezi, Ankara, 2009, s.2,29,30
- Demir, Cengiz,
Yılmaz, Mustafa Kemal
- “Stratejik Planlama Süreci ve Örgütler Açısından Önemi”, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:25, Sayı:1, Yıl:2010, s.69-88., s.76
- Ecevit, Zümrüt,
İşçi, Öznur
- “Kurumsal Karne Gelişiminde Stratejik Yönetimi Etkinleştirme”, Öneri.C.7.S.28., Haziran 2007.121-134. s.121,131
- Elitaş, Cemal,
Ağca, Veysel
- “Firmalarda Çok Boyutlu Performans Değerleme Yaklaşımları: Kavramsal Bir Çerçeve”, Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl 2006, Cilt 8 , Sayı 2, s.350, 351
- Ercan, İlker,
Kan, İsmet
- “Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3) 2004 s.214.
- Gao, Tian,
Gurd, Bruce
- “Lives in the balance: Managing With The Scorecard In Not-For-Profit Healthcare Settings, Australia and New Zealand Third Sector Research”, Eighth Biennial Conference Navigating New Waters 26-28 November 2006 Adelaide, pp:10-14

- Gencer, Cevriye,
Çetin, Tuğba
“Kurumsal Performans Karnesi ve Havacılık Sektöründe Bir Uygulama”, Savunma Bilimleri Dergisi, Kasım 2011, Cilt 10, Sayı 2, 105-121. s.110,111
- Ghalayini, Alaa M.,
James, S. Noble,
Thomas, J. Crowe
“An Integrated Dynamic Performance Measurement System For Improving Manufacturing Competitiveness”
Int. J. Production Economics 48 (1997) 207-225 pp.208, 210
- Gopal, K. Kanji
“Total Quality Management”, Vol. 13, No. 5, 2002, 715-728 pp.716
- Güner, M. Fatih
“Bir Stratejik Yönetim Modeli Olarak Balanced Scorecard”, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 10/1, 2008, s.250,252,253,254,255,257
- Güner, M. Fatih
“Stratejik Performans Değerlemede Dengeli Sonuç Kartı: Bir Sanayi İşletmesinde Uygulama”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Adana, 2006, s.43
- Gürsoy, Ayşe
“Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Uygulaması”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, s.102
- Hacıoğlu, Güngör
“Pazarlama Performans Ölçütleri: Bir Literatür Taraması”, Yönetim ve Ekonomi, Yıl:2012 Cilt:19 Sayı:1 s.61
- Harmanakaya, Hatice
“Performans Yönetim Aracı Olarak Balanced Scorecard Sisteminin Hazır Giyim İşletmesinde Uygulanması ve Bir Model Geliştirme”, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri

- Enstitüsü Giyim Endüstrisi ve Giyim Sanatları Eğitim
Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 2010, s.23,25,34
- Hayran, Osman,
Sur, Haydar “Sağlık İşletmelerinde Yönetim”, Sayed Yayınları, Cilt 1,
2005, s.19
- Işığışok, Erkan “Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi”,
Ekonometri ve İstatistik Dergisi Sayı:7 2008 1-23, s.2,5
- Işık, Kadir,
Mutlu, Ayşegül “Sağlık Ekonomisine Giriş”, Ekin Kitabevi, 2. Baskı,
Bursa 2005, s.45,49
- İclal, Atilla “Türk Medya Sektöründe Finansal Performans ve Toplam
Faktör Verimliliği Analizi”, İstanbul, Türkmen Kitabevi.
2010. s.35
- Kabadayı, Ebru Tümer “İşletmelerdeki Üretim Performans Ölçütlerinin Gelişimi,
Özellikleri ve Sürekli İyileştirme İle İlişkisi”, Doğuş
Üniversitesi Dergisi, 2002/6, 61-75, s.62,67
- Kaplan, Robert S.,
Norton, David “Balanced Scorecard, Şirket Stratejisini Eyleme
Dönüştürmek”, Sistem Yayıncılık, İstanbul 2009,
s.11,12,48,55,65,81,87,120,121,181,182,183,233,235,244
,245,273,274,367,370,371,373
- Karakoç, Sibel “Hastaların Hastane Seçimlerinin Hastane Yönetimi
Üzerine Etkileri: Ankara’da Bir Araştırma” Yüksek lisans
Tezi” İstanbul, 2011, s.4
- Karaman, Rıfat “İşletmelerde Performans Ölçümünün Önemi ve Modern
Bir Performans Ölçme Aracı Olarak Balanced Scorecard”,
SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2009,
Sayı 16, s.413,416,417

- Kavuncubaşı, Şahin “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Cilt 1, 2000, s.34,76,77,78
- Kavuncubaşı, Şahin “Hastane Yönetimi”, 2013, Nobel Kitabevi, s.37
- Kayral, İbrahim H “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara’da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma”, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Bilim Dalı, Ankara, 2012, s.52,53
- Kerman, Uysal, Demirgil, Hakan, Altan, Yakup, Büyüksavaş, Aslıhan “Özel Hastanelerin Yönetimsel Sorunları Üzerine Bir Araştırma: Antalya ve Isparta Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2011, C.16, s.94,95
- Kılınç, İzzet, Mesci, Muammer, Güler, Yetkin “Dengeli Ölçüm Kartının (Balanced Scorecard) Alanya’daki Dört ve Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma”, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 22, Aralık 2008
- Kırcı, Ayşe “Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, 2013, s.46
- Koçel, Tamer “İşletme Yöneticiliği”, Beta Yayınları, Genişletilmiş 9. Baskı, Eylül 2003, İstanbul, s.323
- Korkmaz, Seyhan “Hastanelerde Doktor, Hemşire ve Ebelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Bir Uygulama”, T.C. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, s.41

- Köse, Tunç “İşletmelerde Stratejik Maliyet Yönetimi Teknikleri”, İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Yayın Organı Mali Çözüm Dergisi, 13(63), Nisan-Mayıs-Haziran/2003, s.156-168
- Köse, Tunç “Stratejik Bir Yapı Çerçevesinde Dengeli Ölçüm Kartı Tekniği (Balanced Scorecard) ve Bir Uygulama”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Haziran 2007, Cilt: 8, Sayı:1
- Köse, Serap Durukan “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Finansal Verilerin Konsolidasyonu”, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 32, Sayı 2, 2014, 219-250, s.220,221
- Kurtulmuş, Sevgi “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, Değişim Dinamikleri Yayınları, Cilt 1, İstanbul 1998, s.84-85
- Kuyucak, Ferhan, Şengür, Yusuf “Değer Zinciri Analizi: Havayolu İşletmeleri İçin Genel Bir Çerçeve”, KMU İİBF Dergisi Yıl:11 Sayı:16 Haziran/2009 s.134
- Martinez, Javier “Assessing quality, outcome and performance management, Workshop on Global Health Workforce Strategy Annecy”, France, 9-12 December 2000, pp:4,5
- Nasiripour, Amir, Ashkan, Kazemi, M. Ali, Afshar, Izadi, Ahmadreza “Designing A Hospital Performance Assessment Model Based On Balanced Scorecard”, HealthMED - Volume 6 / Number 9 / 2012
- Ocak, Saffet “Stratejik Felsefe ve İşletme Performansı Etkileşimi: Özel Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma”, Marmara

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul-2011, s.96,97,98,99

Olden, Peter C.,
Smith, Christina M.,

“Hospitals, Community Health And Balanced Scorecards”, AHCMJ, Volume 4, Number 1, 2008, pp.40

Oyman, Sumru

“Stratejik Yönetim Sürecinde Performans Ölçümü ve Dengeli Sonuç Kartı Uygulaması: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası İçin Bir Değerlendirme”, Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Ankara, Haziran 2009, s.12,25

Ölçer, Ferit

“Dengeli Stratejik Performans Ölçüm ve Yönetim Sstemi’nin (Balanced Scorecard) Tasarımı ve Uygulanması”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 38 Sayı 2 Haziran 2005, s.98,99,100,101,108

Ölçer, Ferit,
Özbirecikli, Mehmet

“Strateji Odaklı Performans Ölçüm Sistemi: Balanced Scorecard-BSC”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi C:3J S:2 Kasım, 2002, s.33,37

Özer, M.Akif

“Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı : 73 Nisan-Haziran 2009, s.3

Özgülbaş, Nermin,
Koyuncugil, Ali Serhan,
Duman, Rabia,
Hatipoğlu, Beyza

“Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi”, Muhasebe ve Finansman Dergisi, Sayı:40, Ekim 2008, s.120-131, s.121

Özgür, Ersan,
Aktürk, Ahmet

“Otel İşletmelerinde Kullanılabilecek Çok Boyutlu Performans Ölçüm Sistemleri ve Lisansüstü Turizm Eğitimine Bir Ders Önerisi”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi Yıl: 2012 Sayı: 1, s.3,4,7,8,10,11

- Pakdil, Fatma “Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Sağlık Kuruluşlarında Kurumsal Performans Yönetimi”, Asil Yayın Dağıtım, 1. Baskı, 2007, s.135-142)
- Self, Jim,
Tolson, Donna “Successfully Implementing the Balanced Scorecard”, Library Assessment Conference, Seattle, WA August, 2008
- Seçim, Hikmet “Hastane Yönetim ve Organizasyonu”, İşletme Fakültesi Yayın No:252, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, İstanbul 1991, s.9,19,20,26,27
- Soysal, M. Ümit “Balanced Scorecard Temelli Stratejik Yönetim ve Gemi İşletmeciliği Sektöründe Uygulaması”, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2010, s.159,160,162,163,164
- Suwansaranyu, Udomsak,
Phusavat, Kongkiti “Understanding of Performance Measurement from the Organization’s Perspective, Proceedings of Symposium in Production and Quality Engineering”, Kasetsart University, 4-5 June, 2002, pp.52,53,55,57
- Tarım, Mehveş “Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7 Sayı:2 2004, s.241,242,243,244,245
- Temür, Yusuf,
Bakırcı, Fehim “Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması”, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 3, 2008, s.262,264,265
- Terekli, Gözde,
Özkan, Okan,
Bayın, Gamze “Çevre Dostu Hastaneler: Hastaneden Yeşil Hastaneye”, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 12, Sayı 2, 2013, s.40

- Toraman, A. Ruhi “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”, Sağlıkta Nabız, Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi, 21 Ocak 2014,
<http://www.sagliktanabiz.com/haberler/saglik-hizmetlerinde-yonetim.html>
Son Erişim Tarihi: 15.08.2016
- Turhan, Murat “Sayıştay’ın Performans Denetimi Görevi ve Performans Denetimini Uygulama Süreci”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009, s.58
- Tunçer, Ender “Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri Ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, İşletme Anabilim Dalı Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ağustos 2006, s.28,29
- Uğurluoğlu, Özgür, Çelik, Yusuf “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1 (2005) s.10
- Unutkan Özcan “Faaliyet Tabanlı Maliyet Sistemi ve Bir Uygulama, Activity-Based Costing And An Application”, Mali Çözüm Dergisi, Sayı:97, 2010, s.89
- Ünler, İsmail “Yönetimde Yeni Yaklaşım: Balanced Scorecard ve Bir Uygulama”, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2010, s.57
- Walker, Kenton B., Dunn, Laura M. “Improving Hospital Performance and Productivity with The Balanced Scorecard”, AHCMJ, Volume 2, 2006, pp:89-90

- Wolk, Andrew,
Dholakia, Anand,
Kreitz, Kelley,
- “Building Performance Measurement System, Using Data To Accelerate Social Impact”, 2009 Root Cause, pp:2,4
- Yağmur, Arman
- “Öz Yeteneklerden Daha Etkin Bir Şekilde Yararlanmada Bir Araç ve Yöntem Olarak Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing): Kuram ve Sağlık İşletmelerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, Yüksek Lisans Tezi, 2007, s.62
- Yalçın, İbrahim,
Akın, Murat,
Şeker, Mustafa
- “Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 13 (20): 83-92, 2011, s.86
- Yenice, Ebru
- “Kamu Kesiminde Performans Ölçümü ve Bütçe İlişkisi”, Sayıştay Dergisi, Nisan-Haziran 2006, Sayı:61, s.57,61
- Yıldız, M. Selami,
Kethüda, Önder,
Kurutkan, M. Nurullah
- “Dengeli Ölçüm Kartı’nın Hastane İşletmelerinde Uygulanması: Örnek Olay Çalışması”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:27, Sayı:4, 2013 s.92,96,97
- Yılmaz, Berna Burcu,
Güzel, Tülay
- “Marka Değerleme ve Önemi: Telif Ücretinden Arındırma Yöntemiyle Bir İnceleme”, Muhasebe ve Finansman Dergisi Nisan/2012, s.144/145
- Yüreğir, Oya H,
Nakıboğlu, Gülsün
- “Performans Ölçümü ve Ölçüm Sistemleri: Genel Bir Bakış”, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 16, Sayı 2, 2007, s.545,546,547,551,552,553,562
- Zerenler, Muammer
- “Performans Ölçüm Sistemleri Tasarımı ve Üretim Sistemlerinin Performansının Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma”, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Bahar 2005, 1:1-36, s.5,6,7

Balanced Scorecards For Small Rural Hospitals: Concept Overview & Implementation Guidance, Produced by the Mountain States Group, Inc. via funding provided by the United States Department of Health and Human Services, Program Support Center, Contract Number #282-98-0010, Task Order #8, 2010, pg:7,8,17

<https://www.ruralcenter.org/sites/default/files/Final%20BSC%20Manual%2010.18F.pdf>

Son Erişim Tarihi: 15.08.2016

[https://www.fgdc.gov/policyandplanning/newspbp/EconomicJustification ROI-CBA-Tutorial v2 052809 FinalVersa.pdf](https://www.fgdc.gov/policyandplanning/newspbp/EconomicJustification_ROI-CBA-Tutorial_v2_052809_FinalVersa.pdf)

Son Erişim Tarihi: 15.08.2016

EKLER

Ek 1. Anket Formu

1. Performans Ölçümü Yapmanızın Nedeni

Hastanenizde hangi nedenlerle performans ölçümü yapılmaktadır? Lütfen soruların karşısındaki seçeneklerden size en uygun olanını işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyoru m	Katılmıyoru m	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamı ile Katılıyorum
Hastanemizin genel olarak başarılı olup olmadığını belirlemek için	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanemizin işlem ve süreçlerinde planlanan gelişmelerin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlamak için	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanemizin hastaların (müşterilerin) isteklerini karşılayıp karşılayamadığını belirlemek için	☐	☐	☐	☐	☐
Kararların varsayımlara dayalı olarak değil de, gerçek verilere dayanarak alındığından emin olmak için	☐	☐	☐	☐	☐
Şeffaflığı sağlayarak, her birimin kendi performansını gözlemesini sağlamak için	☐	☐	☐	☐	☐
Gelişmelerin sürdürülebilmesinde geri-beslenme (feedback) sağlamak için	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanemizde sorunlu alanları ortaya çıkarmak ve geliştirilebilecek alanları belirleyebilmek için	☐	☐	☐	☐	☐
Diğer (lütfen belirtiniz)	☐	☐	☐	☐	☐

2. Performans Ölçüm Sistemi-Yönetim İlişkisi

Aşağıdaki görüşler ve hastanenizdeki uygulamalar ile ilgili düşüncelerinizi karşısındaki seçeneklerden birini işaretleyerek belirtiniz

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamı ile Katılıyorum
Performans ölçümü yönetimin çok önemli bir fonksiyonudur	☐	☐	☐	☐	☐
Kurumsal performans ölçümü sonuçları, ödül ve yükseltme sisteminin bir parçası olarak kullanılmalıdır	☐	☐	☐	☐	☐
Performansımızın iyi olup olmadığı hastanemizin dönem kârlılığına bakılarak anlaşılabilir	☐	☐	☐	☐	☐
Performansı ölçerken hedefler belirlenmeli ve hedeflerle gerçekleşen sonuçlar karşılaştırılmalıdır	☐	☐	☐	☐	☐
Performans ölçüm sistemi, kurum vizyonu ve stratejileri ile bağlantılı olmalıdır	☐	☐	☐	☐	☐
Performans sisteminin başarı ile uygulanabilmesi için çalışanların desteğinin alınması gereklidir	☐	☐	☐	☐	☐
Kapsamlı bir yönetim kontrol ve bilgi sistemi kullanıyoruz	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanemizin finansal performansını düzenli olarak ölçüyoruz	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanemizin pazarlama performansını düzenli olarak ölçüyoruz	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanemizin hizmet sunum performansını düzenli olarak ölçüyoruz	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanemizde çalışanlarımızın performansını düzenli olarak ölçüyoruz	☐	☐	☐	☐	☐
Kurumsal performans ölçümü sonuçlarını, ödül ve yükseltme sistemimizin bir parçası olarak kullanıyoruz	☐	☐	☐	☐	☐
Bireysel performans ölçümü sonuçlarını, ödül ve yükseltme sistemimizin bir parçası olarak kullanıyoruz	☐	☐	☐	☐	☐
Bireylerin ve birimlerin performansı kurum içi bilgisayar ağı üzerinden sürekli izlenebilmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
Bireylerin, birimlerin ve kurumun performans ölçütlerinin arasındaki bağlantılar kurulmuştur	☐	☐	☐	☐	☐
Çalışanlar, performans ölçüm sistemi hakkında tam olarak, açık bir şekilde bilgilendirilmiş ve katılımları sağlanmıştır	☐	☐	☐	☐	☐

Hastanemizin tepe yönetimi, performans ölçüm sonuçlarına göre, performansını iyileştireci çalışmalar yapmaktadır

Kurumsal performansımızı tam olarak ölçüyoruz

Mevcut performans sistemimizden memnunuz

3. Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlar

Hastanenizde performans ölçümünde karşılaştığınız en önemli sorun hangisidir? Lütfen soruların karşısındaki seçeneklerden size en uygun olanını işaretleyiniz.

Gerekli gereksiz her şeyin ölçülmesi

Ölçülen şeylerin hastane stratejileri ile ilgili olmaması

Ölçmenin çalışanlara ve hastaneye sağlayacağı katkının doğru anlatılamaması

Ölçüm sonuçlarının nasıl kullanılacağı ya da yararlanılacağına yöneticilere açıklanmaması

Performans ölçüleri ile diğer gözden geçirme süreçlerinin bağlantılı olmaması

Performans ölçümünün bireysel başarıya yönelmesi, takım bazlı yönetim yapısını desteklememesi

Diğer (lütfen belirtiniz)

Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamıyla Katılıyorum
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

4. Performans Ölçütlerinin Önemi ve Kullanımı

Aşağıdaki performans ölçütlerinin hastanenizde alınan kararları etkileme açısından önem derecesini ve ne kadar sıklıkla kullanıldığını belirtiniz.

Önemlilik Düzeyi

Aşağıdaki performans ölçütlerinin hastane ile ilgili verilen kararları etkilemesi açısından önemi

Ölçüm Sıklığı

Hastanenizde aşağıdaki performans ölçütlerinin hangi sıklıkta kullanıldığı

Hiç önemli değil	Önemli değil	Kararsızım	Önemli	Çok önemli	Hiç Ölçmü yoruz	Yılda bir Ölçüy oruz	Üç ayda Ölçüy oruz	Her ay Ölçüy oruz	Çok sık Ölçüy oruz
------------------	--------------	------------	--------	------------	-----------------	----------------------	--------------------	-------------------	--------------------

FİNANSAL BOYUT	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Sermayenin karlılığı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Varlıkların devir hızı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Personel harcamaları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tıbbi malzeme gideri	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hasta günü maliyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Poliklinik hastası başına ortalama maliyet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Toplam giderin toplam gelire oranı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Toplam borcun toplam gelire oranı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
İÇSEL SÜREÇLER BOYUTU	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Yeniden yatış oranı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ameliyat sonrası yatış süresi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Önemlilik Düzeyi					Ölçüm Sıklığı				
	Aşağıdaki performans ölçülerinin hastane ile ilgili verilen kararları etkilemesi açısından önemi					Hastanenizde aşağıdaki performans ölçütlerinin hangi sıklıkta kullanıldığı				
	Hiç önemli değil	Önemli değil	Kararsızım	Önemli	Çok önemli	Hiç Ölçmü yoruz	Yılda bir Ölçüy oruz	Üç ayda Ölçüy oruz	Her ay Ölçüy oruz	Çok sık Ölçüy oruz
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Sezaryen oranı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ameliyat tarihi için bekleme süresi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Laboratuvar tetkik sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ortalama yatış süresi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yatak doluluk oranı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mortalite oranı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Hastane enfeksiyon hızı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HASTA VE PERSONEL	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Yatan hasta memnuniyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ayaktan hasta memnuniyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Acil hasta memnuniyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hasta şikâyet oranı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Yeni kazanılan hasta sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hasta memnuniyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ayakta hasta bekleme süreleri	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Personel memnuniyeti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Personel devir hızı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÖĞRENME VE GELİŞME BOYUTU	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tıbbi araştırma giderleri	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Yıllık kongre, konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Önemlilik Düzeyi					Ölçüm Sıklığı				
	Aşağıdaki performans ölçülerinin hastane ile ilgili verilen kararları etkilemesi açısından önemi					Hastanenizde aşağıdaki performans ölçütlerinin hangi sıklıkta kullanıldığı				
	Hiç önemli değil	Önemli değil	Kararsızım	Önemli	Çok önemli	Hiç Ölçmü yoruz	Yılda bir Ölçüy oruz	Üç ayda Ölçüy oruz	Her ay Ölçüy oruz	Çok sık Ölçüy oruz
5. Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kalite iyileştirme takımları sayısı (veya hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hizmet içi eğitim giderleri	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

TANIMLAYICI BİLGİLER

- Hastane Adı:
- Göreviniz:.....
- Mesleğiniz:
- Doğum yılınız:
- Öğrenim Durumunuz: a. **Ön Lisans** () b. **Lisans** () c. **Yüksek Lisans** () d. **Doktora** () e. **Diğer** ()
- Belirtiniz.....
- Toplam çalışma süreniz:..... **YIL**
- Bu hastanedeki hizmet süreniz:.....
- Genel Müdür () Genel Müdür Yardımcısı () CEO () Direktör () Orta düzey Yönetici ()
- Diğer (.....
-)
- Performans yönetim sistemleri ile ilgili bir eğitim aldınız mı? _____
- Kurum (işletme) kaç yıldır faaliyettedir

Ek 2. Araştırma İzin Formları

Tarih ve Sayı: 20/11/2015-139585



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı: 61359050-100-
Konu: Mahmut Fezi GÜN'ün tez
çalışması

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi)

İlgi: 13.11.2015 tarihli, Doç.Dr.Gem. CİNEYİ ARSLANTAŞ'TAN gelen yazı

Enstitümüz Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden 2501120285 numaralı Mahmut Fezi GÜN'ün "Dengeli Ölçim Kartı'nın (Balance Scorecard) Özel ve Kamuya Ait Hastanelerde Uygulanabilirliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz" konulu tezini, Üniversitenize bağlı birimlerde araştırma yapması için gerekli kolaylığın sağlanmasını rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Halise TÖREN
Enstitü Müdürü

uygundu

Eğilim için: http://146.27.121.66/temin/soyut/MaB090_Doc.aspx?uzBBB/BBK40

Arayış: 146.27.121.66/temin/soyut/MaB090_Doc.aspx?uzBBB/BBK40

İzmir Ömeriye Cad. Dışhat Araplar Binası A Blok No:79 35110

Etiler/Vezirçiftlik/İstanbul

Tel: (4212) 440 00 00 - Fax: (4212) 440 03 34

Y-göster: sbg@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ: www.istanbul.edu.tr



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı : 83045809/604.01/02 - 279751
Konu:

İstanbul / /

04 Eylül 2015

İ.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdürlüğüne

İlgi: 28.07.2015 tarih, 61559050-300-84593 sayılı yazınıza:

Enstitünüz Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans Öğrencisi Mahmut Fevzi GÜN'ün yürütücülüğünde İ.Ü.İşletme Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr.Cem Cüneyt ARSLANTAŞ'ın danışmanlığında "Dengeli Ölçüm Kartı'nın (Balanced Scorecard) Özel ve Kamuya ait Hastanelerde Uygulanabilirliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz" başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 01 Eylül 2015 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, rica ederim.

Prof.Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Eki:
1 dosya